

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON (I)
U.E.R. DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE SAINT-ETIENNE
(Application de la convention du 10 Mai 1974)

Année 1977 - N° 223

**ESSAI D'ORGANISATION D'UNE CONSULTATION
DE GYNECOLOGIE DANS LE CADRE DE LA TRANSFORMATION
D'UN HOSPICE EN HOPITAL GERIATRIQUE**

**TRAVAIL DU SERVICE DE GYNECOLOGIE
"HOPITAL DE BELLEVUE SAINT-ETIENNE Pr. A. LA SELVE"
DU SERVICE DE GERIATRIE DE "LA CHARITE ST-ETIENNE Dr. Y. DELOMIER"
en collaboration avec le Service du Pr. RIFFAT**

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON
et soutenue publiquement le 31 Mai 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

MANEVAL Chantal

née le 22 Juillet 1950
à SAINT-ETIENNE

Association Amicale des Etudiants en Pharmacie de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69008 LYON - Tél. (78) 74-40-37

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON (I)

U.E.R. DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE SAINT-ETIENNE

(Application de la convention du 10 Mai 1974)

Année 1977 - N° 223

**ESSAI D'ORGANISATION D'UNE CONSULTATION
DE GYNECOLOGIE DANS LE CADRE DE LA TRANSFORMATION
D'UN HOSPICE EN HOPITAL GERIATRIQUE**

**TRAVAIL DU SERVICE DE GYNECOLOGIE
"HOPITAL DE BELLEVUE SAINT-ETIENNE Pr. A. LA SELVE"
DU SERVICE DE GERIATRIE DE "LA CHARITE ST-ETIENNE Dr. Y. DELOMIER"
en collaboration avec le Service du Pr. RIFFAT**

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 31 Mai 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

MANEVAL Chantal

née le 22 Juillet 1950

à SAINT-ETIENNE

Année 1977 - N° 252

ESSAI D'ORGANISATION D'UNE CONSULTATION
DE GYNECOLOGIE DANS LE CADRE DE LA TRANSFORMATION
D'UN HOSPICE EN HOPITAL GERIATRIQUE
TRAVAIL DU SERVICE DE GYNECOLOGIE
"HOPITAL DE BELLEVUE SAINT-ETIENNE P. A. LA SELVE"
DU SERVICE DE GERIATRIE DE "LA CHARITE ST-ETIENNE Dr. Y. DELMARE"
en collaboration avec le Service du P. RIVAT



THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON
et soutenue publiquement le 31 Mai 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

MANÉVAL Chantal

née le 22 Juillet 1950

A SAINT-ETIENNE

Président : M. le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : M. le Professeur E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président :

Troisième Vice Président : M. H. BONNET, étudiant

Secrétaire Général de l'Université : M.J. RAMBAUD, Administrateur Civil

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE (U.E.R.)

U.E.R. médicale GRANGE-BLANCHE	: M. B. SALLE, Maîtres de Conférences Agrégé
U.E.R. médicale ALEXIS-CARREL	: M. le Professeur C. GIROD
U.E.R. médicale LYON-NORD	: M. le Professeur J.P. GARIN
U.E.R. médicale SUD-OUEST	: M. le Professeur J.M ROBERT
U.E.R. des Sciences Pharmaceutiques	: M. le Professeur L. ODDOUX
U.E.R. des Sciences Odontologiques	: M. le Professeur R. VINCENT
U.E.R. des Techniques de Réadaptation	: M. le A. MORGON, Maître de Conférences
U.E.R. de Biologie Humaine	: M. le Professeur J.C CZYBA
U.E.R. d'Education Physique et Sportive	: M. A. MILLON, Professeur d'E.P.S.
U.E.R. de Mathématiques	: M. le Professeur H. BUCHWALTER
U.E.R. de Physique	: M. le Professeur R. UZAN
U.E.R. de Chimie et Biochimie	: M. le Professeur J. HUET
U.E.R. des Sciences de la Nature	: M. le Professeur J. BRUN
U.E.R. des Sciences Physiologiques	: M. R. FONTANGES, Maître de Conférences
U.E.R. de Physique Nucléaire	: M. le Professeur M. GUSAKOW
U.E.R. de Mécanique	: M. le Professeur J. MATHIEU
Observatoire de LYON	:
I. U. T. 1	: M. le Professeur B. POUYET
I. U. T. 2	: M. J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

- UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE -

Président : M. François THOMAS

Secrétaire Général : M. Raymond ROUQUAIROL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE (U.E.R)

U.E.R. de Droit	: M. ROBERT André
Institut Universitaire de Technologie	;
U.E.R. des Lettres et Sciences Humaines	: M. GAUME Maxime
U.E.R. de Médecine	: M. le Docteur CABAL Christian
U.E.R. des Sciences	: M. MONTHEARD Jean-Pierre
U.E.R. des Sciences Economiques	: M. MIFSUD Pierre

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE

U.E.R. DE MEDECINE

RESPONSABLE D'ENSEIGNEMENT

(COLLEGE A)

1er CYCLE

Anatomie	M. CUILLERET Jacques, M.C.A.
Chimie-Biochimie	M. FREY Jacques, Professeur sans Chaire
Physiologie	M. LACOUR Jean-René, M.C.A
	M. COUDERT Jean, M.C.A

2ème CYCLE

Anatomie Pathologique	M. BARIL Alexandre	M.C.A.
Anesthésiologie	M. VIGNON Henry	M.C.A.
Bactériologie -Virologie	Mme GAUDIN Odette	M.C.A.
Cardiologie	M. VERNEYRE Henri	M.C.A.
Chirurgie Infantile	M. CHAVRIER Yves	M.C.A.
Dermatologie-Vénérologie	M. DUVERNE Jean,	M.C.A.
Gynécologie et Obstétrique	M. LA SELVE Antoine	M.C.A.
Hématologie, Maladies du sang	M. BRIZARD Charles	M.C.A.
Hépatologie - Gastro - Entérologie	M. FRAISSE Henri	M.C.A.
Médecine Interne	M. POTTON François	M.C.A.
Médecine Préventive - Hygiène	M. le Professeur RIFFAT Georges	
Médecine du Travail	M. CABAL Christian	M.C.A.
Néphrologie	M. BERTHOUX François	M.C.A.
Neurochirurgie	M. DECHAUME Jean-Pierre	M.C.A.
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive.	M. BOUSQUET Gilles	M.C.A.
Pédiatrie, Génétique Médicale	M. le Professeur FREYCON Fernand	
	M. LAURAS Benoit	M.C.A.
Psychiatrie d'Adultes	M. PELLET Jacques	M.C.A.
Radiologie	M. RUBET Alain	M.C.A
Thérapeutique, Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle, Hydrologie		
Ophtalmologie	M. MAUGERY Jean	M.C.A.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I -
U.E.R DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE ST ETIENNE
(Application de la convention du 10 Mai 1974)

THESE DE Mademoiselle MANEVAL Chantal

C O M P O S I T I O N D U J U R Y

PRESIDENT : Professeur RIFFAT U.E.R : St Etienne

ASSESSEURS : Professeur CHARVET U.E.R : Unité LYON NORD

Professeur Agrégé LA SELVE U.E.R : St Etienne

Professeur Agrégé BERTHEZENE U.E.R : Unité ALEXIS CARREL

INVITE : Docteur DELOMIER

A MES PARENTS

en témoignage de mon affection,

A la mémoire de MA GRAND-MERE,

A MON GRAND-PERE,

A MES SOEURS,

A MES BEAUX-FRERES,

A VERONIQUE ET CELINE, mes nièces,

A MON FRERE,

A TOUTE MA FAMILLE,

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE ;

Monsieur le Professeur G. RIFFAT.

Nous avons eu la chance de bénéficier de son enseignement. Nous avons admiré l'étendue de son savoir, sa culture, son humanisme.

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive admiration et de notre respectueux attachement.

A NOS JUGES,

Monsieur le Professeur F. CHARVET,

Nous lui sommes très reconnaissante d'avoir bien voulu accepter de juger ce travail, et le prions de croire à nos respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Agrégé F. BERTHEZENE,

Il nous a fait l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

Nous sommes heureuse de pouvoir lui exprimer ici notre entière reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé A. LA SELVE

C'est dans son service que, jeune externe, pour la première fois, nous avons appris la Gynécologie, et ce stage a déterminé notre orientation future. Nous lui en sommes profondément reconnaissante.

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous confier ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement.

A Monsieur le Docteur BON,

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous a apporté de précieux conseils lors de sa réalisation et a largement participé à son élaboration.

Nous avons été touché de l'accueil amical qu'il nous a réservé et de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Docteur DELOMIER,

Chez qui nous avons eu l'honneur de faire notre stage interne.

C'est dans son service que nous avons effectué ce travail.

Nous le remercions et lui exprimons notre entière reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SERPENTIE,

Nous le remercions de l'aide qu'il nous a apportée pour la partie se rapportant à sa spécialité et l'assurons de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur DUMONT Alain,

Son aide nous a été précieuse pour la réalisation de ce travail.

Nous l'en remercions.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX ;

- Monsieur le Professeur Agrégé J. CUILLERET,

- Monsieur le Docteur J.J BAYLE,

- Monsieur le Docteur C. FAYARD,

- Monsieur le Docteur P. BERARD,

- Monsieur le Professeur Agrégé A. LA SELVE,

- Monsieur le Professeur Agrégé H. VERNEYRE.

*Nous remercions le personnel médical et paramédical
de la CHARITE, du pavillon 15, du pavillon 9 AB ; et les secré-
taires du service du Professeur A. NOTTER*

PLAN

INTRODUCTION

CHAPITRE I : Rappel sur l'évolution de la Gériatrie

CHAPITRE II : Lieu et matériel d'étude

I - Historique : l'évolution de "L'HOSPICE"

II - Organisation médicale

III - Population : matériel d'étude

CHAPITRE III : Place de la Gynécologie en Gériatrie

I - Introduction

II - Rappel sur la production d'oestrogènes chez la femme ménopausée

III - L'hyperinvolution génitale de la post-ménopause :

1 - Au niveau de la vulve

2 - Au niveau du vagin

3 - Au niveau du col utérin

4 - Au niveau du corps utérin

5 - Au niveau des ovaires et des trompes

6 - Au niveau des seins

7 - Au niveau du système pileux

CHAPITRE IV : Troubles postérieurs au retour d'âge

I - Le prurit vulvaire

II - Les écoulements non sanglants

1 - La vulvo-vaginite

2 - La pyonétrie

3 - L'hydrorrhée

III - Les écoulements sanglants

1 - Cancer du col

2 - Cancer du corps

3 - Cancer tubaire

4 - Cancer du vagin

5 - Métrorragies d'origine bénigne

6 - Traitement oestrogénique

- IV - Le prolapsus génital
- V - Pathologie mammaire
- VI - Autres problèmes relevant d'une cause gynécologique

CHAPITRE V

- : La mise en place d'une consultation de Gynécologie en Gériatrie
 - I - Matériel de choix
 - II - Le besoin d'examens gynécologiques à la CHARITÉ
 - III - Réalisation pratique
 - 1 - *Acceptation*
 - 2 - *Locaux*
 - 3 - *Matériel*
 - 4 - *Personnel*
 - 5 - *Rythme*
 - IV - Processus des différents examens pratiqués et schéma d'orientation des malades
 - 1 - *A la consultation de Gynécologie de la Charité*
 - 2 - *Au sein du service de Gériatrie*
 - 3 - *Dans le service de Gynécologie*
 - 4 - *Dans le service de radiologie*

CHAPITRE VI

- : Nos observations
 - I - Examens systématiques
 - II - Examens motivés

CHAPITRE VII

- : La thérapeutique gynécologique chez le vieillard
 - I - Traitement Médical
 - 1 - *Désinfection*
 - 2 - *Traitement spécifique des leucorrhées*
 - 3 - *Oestrogénothérapie*
 - II - Problèmes posés par le traitement chirurgical
 - III - L'anesthésie chez le vieillard
 - 1 - *Bilan pré-opératoire*
 - 2 - *Réanimation pré-opératoire*
 - 3 - *L'installation des vieillards*
 - 4 - *L'anesthésie*
 - 5 - *La réanimation per-opératoire*
 - 6 - *La réanimation post-opératoire*
 - 7 - *Les complications post-opératoires*

- A - Complications pulmonaires*
- B - Complications cardio-vasculaires*
- C - Complications thrombo-emboliques*
- D - Complications liées au décubitus*
- E - Complications infectieuses*
- F - Autres complications*

IV - La radiothérapie en cancérologie chez les personnes âgées

- 1 - Radiothérapie curative*
 - a - dans le cas de l'irradiation pelvienne*
 - b - l'irradiation curative par curiethérapie*
 - c - les cancers ano-rectaux*
- 2 - Radiothérapie palliative*
- 3 - Dans les deux cas*

V - La chimiothérapie antimitotique et hormonale chez les personnes âgées

- 1 - Bilan pré-thérapeutique*
- 2 - Choix des drogues*
- 3 - Rythme*
- 4 - Indications*
- 5 - La chimiothérapie hormonale dans les cancers pelviens*

CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

Le but de notre travail a été d'aider à implanter une consultation de GYNECOLOGIE dans l'Hôpital de GERIATRIE de Saint-Etienne où nous avons effectué notre stage interné.

L'Hôpital de la Charité, très important, a une capacité de 600 lits environ ; il est en outre indépendant, situé dans le centre de la ville, éloigné du centre hospitalier universitaire de 3 Kms.

Cette implantation s'efforçait :

a - de pallier une carence de soins en Gynécologie dans le cadre de la réorganisation du service de Gériatrie ;

b - de transformer les conditions matérielles d'examen en raison :

. des difficultés de transport des malades du centre de Gériatrie à l'Hôpital de BELLEVUE où s'effectuaient jusqu'alors les consultations.

. des problèmes de relation "Malades-Personnel Infirmier" résultant du changement d'environnement lors d'une simple consultation et surtout lorsqu'une hospitalisation s'impose (même pour un bilan).

c - D'instituer un dépistage systématique en Gynécologie dans une population considérée "à haut risque" en raison d'un passé gynécologique ou obstétrical souvent important, et en raison même de l'absence, pendant de longues années, d'examen gynécologique chez des femmes hospitalisées.

Cette expérience en Gynécologie a été ensuite étendue à d'autres spécialités : Cardiologie, Ophtalmologie et Psychiatrie.

Ceci implique de situer :

- 1° - les conditions de l'hospitalisation en Gériatrie,
- 2° - les conditions actuelles du diagnostic et des soins,
- 3° - l'étude de la population féminine du service de Gériatrie qui a constitué notre matériel d'étude.

C H A P I T R E I

RAPPEL SUR L'EVOLUTION DE LA GERIATRIE

Le développement de la Gérontologie et de la Gériatrie date des dernières décennies, mais c'est surtout depuis les années 60 que l'es-sor de ces disciplines s'est manifesté dans le plupart des Pays Occidentaux.

La Gériatrie est la discipline médicale qui étudie la patho-logie et la thérapeutique chez les personnes âgées ainsi que la prévention de leurs troubles.

En France, les premières décisions visant à la protection sa-nitaire et sociale des personnes âgées pour " viter, améliorer ou retarder dans leur apparition les affections invalidantes psychomotrices en appliquant des mesures préventives et en exerçant une surveillance médicale appropriée" ont été prises à la suite du rapport LAROQUE paru en 1961.

En DEUX siècles, la population Française est passée de 1 à 1,5 pour les sujets âgées de moins de 20 ans et de 1 à 5 pour les personnes de plus de 60 ans.

En 1850 : 6,47 % de plus de 65 ans,

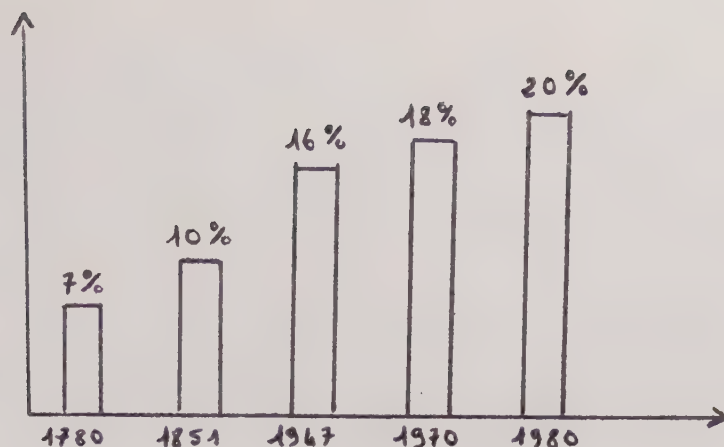
En 1968 : 13,40 % de plus de 65 ans,

(ces chiffres étant donnés par VIGNALOU et BECK revue du praticien 1972).

Le 1 Janvier 1974, il y avait 18,2 % de plus de 60 ans, et 13,2 % de plus de 65 ans. Ce qui représente respectivement :

9 523 000 et 6 915 000 personnes sur 52 346 000 Français.

D'autre part, il faut noter une très nette prédominance f mi-nine :   75 ans, il survit 2 femmes pour un homme.



COURBE METTANT EN EVIDENCE L'EVOLUTION DU
POURCENTAGE DES PLUS DE 60 ANS

La détermination du début de la vieillesse a une importance statistique et administrative. Pratiquement, on peut dire qu'elle commence vers 60 ans bien que 65 ans soit l'âge légale plus souvent retenu pour l'arrêt des activités professionnelles. La retraite constitue en effet une cassure dans les conditions de vie. Souvent d'ailleurs, celle-ci révèle des troubles d'adaptation qui étaient jusque là masqués par l'activité professionnelle.

En outre, la retraite diminue considérablement les revenus et le veuvage accroît les difficultés en amputant environ 40% des ressources. La classification de l'O.M.S est basée sur des tranches d'âge de 15 ans à partir de 45 ans :

Age moyen	: 45 ----- 59 ans
Personnes âgées	: 60 ----- 74 ans
Vieillards	: 75 ----- 89 ans
Grands vieillards	: 90 ans et plus

"Mais bien entendu, la rigueur de ces données chiffrées doit être tempérée par la notion de variantes individuelles :

Pour un même nombre d'années de vie, telle femme garde la fraîcheur et la vivacité d'une jeunesse persistante alors que telle autre accuse la sénilité d'un âge beaucoup plus avancé".

Souvent, la vieillesse est synonyme de maladie et de mort.

C'est pendant cette période de la vie de l'individu que l'on assiste à des exigences particulières de soins ; les malades sont souvent isolés, cumulent des affections invalidantes, leurs capacités physiques et intellectuelles sont réduites (d'autant plus que l'âge est plus avancé).

C'est donc cette catégorie de sujets âgés, isolés, sans statut socio-économique défini et surtout aux ressources très médiocres qui doit être prise en charge par des institutions.

QUELLE EST DONC LA CANDIDATE A L'HOSPICE ?

La raison essentielle à l'entrée en *hospice* est l'isolement, qui reste un contenu psychologique, un sentiment de solitude ou bien qui a des implications matérielles immédiates chez le vieillard impotent.

La deuxième raison est la réduction de l'autonomie de vie et la troisième, liée aux deux premières est la perte de l'intérêt existentiel (d'après J.P VIGNAT).

1° - l'isolement :

Consécutif à la mise à la retraite, disparition de conjoint, départ des enfants... ;

2° - la réduction de l'autonomie :

Par diminution des moyens physiques et intellectuels et par diminution des moyens économiques ;

3° - la perte de l'intérêt existentiel :

- Perte du personnage social liée à la mise à la retraite,
- Difficulté de s'adapter à l'oisiveté,
- Rétrécissement vital

Devant cette disparition de l'intérêt existentiel, J.P VIGNAT conclut qu'il ne reste au vieillard que trois issues :

- la psychose,
- la somatisation,
- et l'*hospice*.

En faveur de l'admission en *hospice*, il faut ajouter les pressions venant de l'entourage médico-social et familial.

C H A P I T R E I I

LIEU ET MATERIEL D'ETUDE

I - HISTORIQUE :

L'évolution de "*L'HOSPICE*"

Notre étude a été entreprise en 1975-1976 à la "la Charité" à Saint-Etienne devenue Hôpital de la Charité. "La Charité" est un établissement fondé en 1690 dans le but de recevoir les pauvres, les infirmes, quelques enfants et les filles "repentantes".

Autrefois, cette population d'*hospice* était confiée au dévouement des religieuses ST VINCENT DE PAUL. Ce n'est qu'au début du siècle (vers 1920-1930) que les Hospices Civils se sont résignés à agrandir et reconstruire quelques bâtiments.

Vers 1950, un médecin honoraire des hôpitaux faisait une visite une fois par semaine.

Un interne assurait les urgences et sur les 14 surveillantes 4 ou 5 seulement possédaient le diplôme d'infirmière.

C'était un grand *hospice* au centre de la ville qui fonctionnait comme un *hospice* rural.

En conséquence, cette organisation nécessitait le transport des vieillards malades à l'hôpital, ce dont ils mouraient parfois.

A partir de 1956, des médecins des hôpitaux ont créé et amorcé l'évolution actuelle (Dr POTTON, Dr RIFFAT, Dr VERNEYRE, Dr DROGUE, Dr DELOMIER).

Ils se sont orientés dans plusieurs directions :

- médicaliser et humaniser cet hôpital de grands malades,
- animer et resocialiser cet isolat de population,

- collaborer avec l'Administration Hospitalière pour rénover et reconstruire des locaux vétustes.

Un dossier médical fut établi pour chaque entrant. Une consultation interne et des visites médicales dans les salles de malades furent organisées. Les soins nécessaires furent donnés dans le cadre de l'*HOSPICE* : on cessa de muter les malades aigüs dans les services de l'Hôpital Général ; pratiquement, seuls les cas chirurgicaux continuèrent à être transportés à l'Hôpital de BELLEVUE.

L'*HOSPICE* devint ensuite Hôpital de vieillard, embryon d'un centre de GERIATRIE. La loi du 31.12.1970 portant réforme hospitalière lui conféra de nouvelles attributions :

"Le service hospitalier :

- assure les examens de diagnostic, le traitement,
- concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire médical et paramédical,
- concourt aux actions de la médecine préventive".

En 1971, après la circulaire 1575 du 24 Septembre 1971 sur la politique relative aux équipements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées, le centre de GERIATRIE ne correspond plus à la définition de l'article L 678 du Code de la Santé Publique du 11 Décembre 1958 :

"Les *hospices* pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent le cas échéant les soins nécessaires".

Il s'agit de promouvoir le centre de gériatrie avec toutes ses prérogatives :

- Hospitalisation de moyen et long séjour,
- Consultation de GERIATRIE créée en 1974,
- Centre de jour ouvert en novembre 1975,
- Lits de médecine gériatrique aigüe en 1977 et évolution vers une gériatrie préventive.

II - ORGANISATION MEDICALE

En 1971, un service de radiologie propre à l'établissement

a été implanté, évitant aux malades l'attente du service central de radiologie et le transport qui s'ensuivait.

L'organisation médicale s'est parallèlement développée puisqu'en Juin 1976 le personnel se composait de :

- Un médecin temps plein Chef de Service,
- 4 médecins attachés,
- 6 internes,
- 42 infirmières,
- 12 surveillantes,
- 76 aides-soignantes,
- 94 A.S.H,
- 4 masseurs Kinésithérapeutes,
- 1 ergothérapeute,
- 2 et demi assistantes sociales,
- 1 diététicienne.

Ce vaste ensemble de bâtiments abritent les 600 malades qui sont répartis dans les différents services :

1 - 2 services de convalescents hommes et femmes; les patients y sont reçus par le canal du centre hospitalier ;

2 - 15 services de long séjour qui hébergent sous surveillance médicale les personnes âgées dont l'état physique ou psychique ne permet plus une vie indépendante ;

En plus des soins médicaux et d'hygiène, le personnel soignant apporte une animation constante et les conditions hôtelières y sont particulièrement étudiées.

3 - Le centre de jour qui fonctionne depuis le 1er novembre 1975 et qui contribue au maintien du domicile des personnes âgées ;

4 - Des services de psychopathes et de débiles mentaux ;

5 - Un service de rééducation qui comprend : un personnel infirmier, 4 kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute qui exercent leurs activités dans les différents services.

A cela, on peut ajouter :

- Une consultation de GERIATRIE adjointe au centre,

- La présence d'une diététicienne,
 - Des techniques d'ergothérapie et d'animation dont les résultats psychologiques et somatiques sont loin d'être négligeables.
- Cette thérapie occupationnelle visant à la resocialisation des malades.

III - LA POPULATION :

Matériel d'étude

La capacité du centre est actuellement de 600 lits mais devrait atteindre le chiffre de 460 les transformations terminées.

Ces lits sont répartis de façon inégale : 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes environs.

En 1976, on comptait présents au 1er Janvier :

	INVALIDES	331	
Long séjour	VALIDES	<u>204</u>	
	TOTAL	535	dont 341 FEMMES soit 63,67 % 194 HOMMES soit 36,33 %

CONVALESCENTS :	Hommes	30
	Femmes	<u>38</u>
	Total	68

PSYCHIATRIE	Total	17
PSYCHIATRIE DE JOUR		3
CENTRE DE JOUR		3

C H A P I T R E I I I

PLACE DE LA GYNECOLOGIE EN GERIATRIE

I - INTRODUCTION

La préménopause et la ménopause sont des périodes de la vie génitale actuellement bien connues tant en ce qui concerne leur symptomatologie qu'en ce qui concerne leur traitement.

Par contre, la post-ménopause qui représente la période d'involution est envisagée avec beaucoup plus de discrétion. Cette étape appartient au domaine de la GERIATRIE et est marquée par la disparition totale ou presque totale de toute fonction génitale ou hormonale. Cette disparition s'étale progressivement sur 10 ou 20 ans.

Chez la femme âgée, toute cette séméiologie post-ménopausique doit être considérée comme physiologique. Mais dans certains cas, cette involution est génératrice de troubles, qui le plus souvent sont supportés par des femmes résignées, qui les taisent parce que les générations antérieures les leur ont fait croire inévitables. Cependant, ils peuvent poser des problèmes diagnostiques avec le cancer en particulier et il est possible de les améliorer par un traitement adéquat.

L'examen d'une femme ménopausée est particulièrement important. Ces femmes ont besoin d'être rassurées, sécurisées. Une consultation motivée par des symptômes ménopausiques constitue une excellente occasion de pratiquer un bilan clinique et biologique, et il n'est pas rare de dépister à cette occasion :

- une affection métabolique ou endocrinienne,
- une tumeur bénigne ou maligne.

Il est à noter que cette involution s'accompagne d'un retentissement psychique et affectif indéniable.

Les modifications morphologiques désolent certaines femmes, les dépriment et les conduisent à une négligence corporelle facheuse.

D'après Ch. DURAND, la ménopause est dominée par une intolérance aux frustrations, provoquant des mécanismes de défense et une réapparition des préoccupations juvéniles (fantasmes, préoccupations sexuelles, rêveries à thèmes infantiles...). Souvent, également on trouve à cet âge de la vie des éléments négatifs : soucis abusifs relatifs à la santé, la dévalorisation, l'auto-dépréciation, l'insécurité et la notion que la ménopause n'est plus que "l'équinoxe de la vie" dit J.P. ERNST. L'humeur dépressive, l'introversion l'irritabilité et les comportements anti-sociaux peuvent persister ou s'accentuer et la tendance au déclin psychologique devient de plus en plus nette avec les années.

L'involution de la fonction endocrine de l'ovaire et particulièrement de la sécrétion oestrogénique se manifeste à tous les étages du tractus génital sous forme d'hypotrophie puis d'atrophie. En fait, telle femme sera atrophique à 50 ans, telle autre gardera une jeunesse tissulaire relative à 70 ans permettant même une activité sexuelle correcte. Il se produit une évolution lente et régulière vers une atrophie plus ou moins marquée.

II - RAPPEL SUR LA PRODUCTION D'OESTROGENES CHEZ LA FEMME MENOPAUSEE

B.J PROCOPE et H. ADLERCREUTZ 1969 ont étudié un groupe de femmes ménopausées âgées d'au moins 50 ans qui montraient un endomètre atrophique. Ils ont considéré l'excrétion urinaire d'oestrogènes et ont étudié le frottis vaginal pour voir les modifications éventuelles de la production d'oestrogènes avec l'âge. Les résultats prouvent que la production d'oestrogènes chez ces femmes ménopausées ne varie pas avec l'âge. Il existe de grandes variations individuelles ; l'excrétion trouvée chez certaines femmes étant environ 10 fois plus forte que les plus faibles valeurs observées.

Chaque fois que l'aspect histologique ovarien est normal et correspond à l'âge de la femme, l'ovariectomie ne provoque pas de diminution des oestrogènes urinaires. Ceci semble démontrer que les oestrogènes urinaires ne sont en règle générale pas d'origine ovarienne. En fait, ils sont d'origine surrénalienne.

Quand il existe une hyperplasie du stroma-cortical ovarien, l'effet des oestrogènes sur le frottis vaginal et sur l'endomètre est plus important. Les dosages urinaires montrent un taux élevé d'oestrogènes, qui diminue après ovariectomie. Donc, dans ces hyperplasies, les ovaires produisent des quantités non négligeables d'oestrogènes ou de leurs précurseurs.

Les troubles de la ménopause ne sont pas exclusivement dus aux perturbations du métabolisme de la folliculine, il faut aussi tenir compte de la sensibilité des récepteurs. On sait depuis les travaux de MORRICARD que l'endomètre ne répond pas toujours à une excitation hormonale correcte ; ce sont les métroses de réceptivité avec lesquelles il existe une certaine identité dans l'utérus de Ménopause. La notion de seuil de réceptivité intervient également. Si le vagin est beaucoup plus sensible à l'action oestrogénique, il présente parfois une grande inertie aux oestrogènes. Ce seuil d'activité est d'ailleurs variable avec les femmes comme varie le taux de sécrétion résiduelle de folliculine.

Si le mécanisme intime responsable des troubles de l'involution post-ménopausique est mal élucidé, on peut cependant affirmer que la carence folliculinique joue le rôle le plus important et c'est ce qui explique que le traitement par les oestrogènes donne actuellement les meilleurs résultats. Il faut rappeler ici que la portion du trigone vésical est aussi un récepteur oestrogénique. Son atrophie est responsable de cystalgies à urines claires, améliorées aussi par l'oestrogénothérapie et la surveillance s'en fait par l'urocytogramme.

Enfin, la chute des oestrogènes provoque transitairement une augmentation du taux des hormones anté-hypophysaires : F.S.H en particulier et d'un certain nombre des autres hormones du lobe antérieur : T.S.H Celles-ci persisteront plus ou moins longtemps et seront responsables d'une partie des troubles du climatère. Ce n'est qu'à la ménopause confirmée que le taux de F.S.H redeviendra normal.

III - L'HYPERINVOLUTION GENITALE DE LA POST-MENOPAUSE

1° - Au niveau de la vulve

On constate :

- l'effacement des grandes et des petites lèvres qui deviennent à peine saillantes, s'amincissent et se dépigmentent ;

- une atrésie de l'orifice vulvaire, surtout chez les nullipares ;
- une atrophie clitoridienne ou parfois une hypertrophie sous l'effet des androgènes ;
- un ectropion de la muqueuse urétrale qui a parfois un aspect pseudo-polypoïde ;
- une disparition complète des sécrétions qui assurent normalement la lubrification de la face interne des lèvres et la vulve ;
- le stade ultime (exceptionnel toutefois) aboutit à l'atrophie complète, rendant le moindre toucher impossible ;
- de même, il existe une fragilité vasculaire de la muqueuse qui saigne aux irritations mécaniques.

2° - Au niveau du vagin

- la muqueuse devient pâle, sèche, fragile, parsemée de pé-téchies et parfois d'ecchymoses ;
 - les culs de sacs vaginaux s'aplatissent de plus en plus, le canal vaginal se rétrécit en forme d'entonnoir. Ce rétrécissement est plus important chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant. Il peut affecter soit la partie postérieure du vagin, soit sa totalité ;
 - le relief vaginal normal disparaît et parfois se crée une symphyse réalisant alors un diaphragme vaginal qui peut-être à l'origine d'accumulation de sécrétions dans la portion juxta-cervicale ;
 - les frottis revêtent donc un aspect particulier puisque les oestrogènes conditionnent le développement des couches superficielles de la muqueuse vaginale. Cependant, ils ne sont pas pathognomoniques de la post-ménopause. On trouve essentiellement des cellules rondes, petites, basales ou para-basales. On peut voir :
 - . des frottis de type intermédiaire correspondant à une atrophie vaginale modérée ;
 - . des frottis de type parabasal donnés plus volontiers par une atrophie moyenne ;
 - . le frottis d'atrophie complète constitué uniquement de cellules basales est rarement trouvé.
- (l'atrophie réalise bien souvent des aspects suspects, de même que l'inflammation. C'est pourquoi le test thérapeutique est institué dans les cas douteux :

administration d'oestrogènes à dose variable suivant les auteurs ou traitement antibiotique. La disparition de cellules suspectes dans les frottis après traitement signifie qu'il s'agit d'anomalies bénignes). Les cellules vaginales superficielles étant éosinophiles et possédant un noyau pycnotique, les index éosinophile et caryopycnotique peuvent être calculés à partir de l'aspect des frottis. Ces indices sont proportionnels à la sécrétion oestrogénique et reflètent dans une certaine mesure le degré de l'imprégnation oestrogénique.

Il faut noter également que la modification du pH vaginal, qui transforme la flore saprophyte et permet à certaines infections de se développer (mycose) perturbe le frottis (polynucléaires altérés, cellules sanguines ...). Il y a peu de bacilles de Döderlein, or nous savons que chez la femme en période d'activité génitale, le glycogène présent dans les cellules vaginales superficielles est transformé par les bacilles de Döderlein en acide lactique responsable du pH. Cette acidité est étroitement liée à la sécrétion oestrogénique (travaux de KAUFFMANN en 1932 et de CHAPPAZ en 1945)

3° - Au niveau du col utérin

Il se produit une ascension de la zone de jonction entre exo et endocol qui est rendue invisible.

Cette zone, au point de départ privilégié de lésions malignes, peut alors échapper au regard. Le col diminue de volume, devient conique. La muqueuse subit des modifications. Son épaisseur diminue par disparition progressive des couches cellulaires superficielles qui ne laissera persister finalement qu'une mince couche de cellules basales recouvrant le chorion. Cette atrophie progressive de la muqueuse cervicale s'accompagne d'une baisse de fréquence des ectropions, des exocervicites, des dystrophies et des polypes. Seul, le cancer du col ne semble pas diminuer de fréquence avec l'ancienneté de la ménopause. Comme au niveau du vagin, cette muqueuse se dépolit et palit. Elle reste plus longtemps sécrétante donc plus sensible que l'endomètre à des doses minimales d'oestrogènes.

Les glandes cervicales ne sécrètent plus de mucus.

COTTE et MILEFF ont précisé qu'il existe presque toujours une certaine quantité de glycogène à tous les degrés d'atrophie. Ceci explique donc la bonne imprégnation iodique retrouvée même chez des femmes ménopausées depuis longtemps. (test de SCHILLER).

4° - Au niveau du corps utérin

On assiste à une diminution de son volume plus rapide que pour le col.

L'endomètre régresse plus rapidement encore que la muqueuse cervicale, témoignant ainsi de la diminution importante ou de l'absence des sécrétions oestrogéniques de cette période. En réalité, si dans la majorité des cas, la canule à biopsie ne ramène pas de fragment de muqueuse, chez les femmes ménopausées, il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, en effet, on aura la surprise de trouver une muqueuse présentant des signes d'activité. L'aspect peut être celui d'une muqueuse :

- . en stade prolifératif : 15 à 20 % des cas,
- . hyperplasique ; 12 à 24 % des cas,
- . voire en état d'hyperplasie glandulo-kystique,
- . des aspects sécrétoires ont été observés, reflet d'une sécrétion oestrogénique persistante d'origine surrénalienne et/ou ovarienne (ils peuvent témoigner parfois de l'existence d'une tumeur sécrétante de l'ovaire ou d'une endométrite).

5° - Au niveau des ovaires et des trompes

La pathologie infectieuse disparaît. Les ovaires ne sont plus palpables. On constate une réduction de leur poids de 50 % environ. La découverte d'une masse annexielle est toujours suspecte d'une affection maligne.

6° - Au niveau des seins

Il existe une atrophie plus ou moins rapide liée :

- à la résorption du tissu graisseux,
- à l'atrophie du parenchyme avec disparition des lobules,accolement des parois tubulaires, condensation fibreuse du stroma.

La taille des mamelons diminue, ceux-ci se dépigmentent et tendent à perdre leur pouvoir érectile ou parfois s'invaginent. On assiste à une disparition des mastoses et à l'amélioration des dystrophies. L'apparition d'un nodule du sein est le témoin d'une affection organique qui peut être bénigne mais qui devra tout mettre en oeuvre pour la recherche d'un néoplasme dont l'évolution sera parfois plus lente que chez la femme jeune.

7° - Au niveau du système pileux

En dehors de l'atrophie sénile générale, il faut signaler l'apparition fréquente de phénomènes de virilisation. Le métabolisme féminin tend à se rapprocher de celui de l'homme : les hormones formées et excrétées sont en ordre principal des androgènes. On peut incontestablement y voir le facteur responsable de la virilisation qui s'observe souvent chez les femmes âgées.

Participant au processus d'involution, bien que sans intérêt sur le plan pathologique, nous pouvons citer la raréfaction des poils pubiens qui perdent leurs ondulations, ce qui serait (selon NETTER) un signe fidèle de la diminution de la sécrétion oestrogénique.

On peut conclure, après cette brève étude, que la pathologie gynécologique de la femme âgée relève de 2 étiologies : le plus souvent consécutive à l'atrophie mais parfois d'origine tumorale bénigne ou maligne ;

Celles-ci suffisent à justifier les examens gynécologiques systématiques des femmes âgées et la surveillance particulière au moindre signe d'appel.

C H A P I T R E I V

TROUBLES POSTERIEURS AU RETOUR D'AGE

I - LE PRURIT VULVAIRE

Il mérite une place privilégiée.

Si le saignement inquiète vite la malade, le prurit, même très gênant, inquiète moins. Il se caractérise par son apparition après la ménopause et sa tenacité : il est rebelle à tous les traitements dermatologiques courants.

La classification étiologique permet de distinguer différents groupes :

- hypersensibilité des terminaisons nerveuses, en tant que symptôme d'une psycho-névrose ;
- prurit par manque de soins corporels ;
- prurit d'origine endocrinienne ;
- présence d'un diabète ;
- prurit dû à des leucorrhées.

Quelle que soit la cause initiale du prurit, il faut à tout prix le faire disparaître, car, à plus ou moins longue échéance, ce prurit peut donner lieu à des lésions vulvaires précancéreuses. Le prurit, enfin, peut être symptomatique d'une lésion précancéreuse ou déjà cancéreuse de la vulve.

L'EXAMEN LOCAL (rendu difficile par l'extrême sensibilité de la région vulvaire) révèle les lésions d'atrophie vulvaire déjà mentionnées. S'associent : des lésions de grattage, d'éventuelles surinfections, parfois une sclérose avec en regard une blancheur des téguments. Si cette sclérose est localisée à la région vulvaire, elle s'appelle le KRAUROSIS VULVAIRE lorsqu'elle siège à distance, localisée au périnée, aux grandes lèvres ou plus à distance de la vulve, cette sclérose carac-

térise le LICHEN ATROPHIQUE. Ces lésions ne sont graves que si elles se compliquent de lésions muqueuses.

En effet, la lichénification, conséquence de grattage, n'est pas inquiétante. Par contre, sur les muqueuses, une zone de leucokératose ou de leucoplasie est le type de lésion précancéreuse qu'il faut détruire. Il est parfois facile de la reconnaître grâce à son aspect de plaque blanc nacré, à limites nettes, mais lorsque la vulve est très modifiée par une atteinte scléroatrophique, il est difficile d'affirmer la transformation leucoplasique.

LA BIOPSIE s'impose alors.

Le prurit peut également révéler des affections plus rares :

- maladie de BOWEN (épithélioma intra-épithélial de la vulve) ;

- maladie de PAGET de la vulve.

En résumé, toute lésion vulvaire prurigineuse qui résiste au traitement symptomatique impose la biopsie. Ceci pour empêcher une évolution dans les mois ou les années qui suivent, vers l'envahissement du chorion sous jacent, qui signe alors la malignité et qui est de mauvais pronostic.

Il nous faut encore citer les épithéliomas de la vulve : lésions plus ou moins bourgeonnantes ou ulcérées pour lesquelles la biopsie précise le diagnostic.

II - LES ECOULEMENTS NON SANGLANTS

Les consultations sont souvent motivées par des pertes peu abondantes mais permanentes qui tachent le linge, peuvent être fétides et auxquelles s'associent une sensation pénible de brûlure vulvaire et de cuisson avec souvent une dysurie qui peut orienter vers le diagnostic d'infection urinaire.

1° - La Vulvo-vaginite

La cause la plus fréquente de ces écoulements est une vulvo-vaginite. Le diagnostic est habituellement facile : la muqueuse vulvo-vaginale est rouge, les leucorrhées sont d'abondance variable. Il s'agit en fait d'une "pseudo-vaginite" liée essentiellement aux troubles trophiques mais qui peut se surinfecter secondairement et devenir une vaginite.

La cause en est :

- rarement une mycose (le candida se développe uniquement en milieu acide), parfois liée à la thérapeutique antibiotique ;
- le trichomonas ;
- le plus souvent, des germes pyogènes en raison de la baisse de l'acidité vaginale, qui en même temps que la disparition de la flore saprophyte favorise le développement microbien.

Le traitement par oestrogènes et antiseptiques locaux entraîne rapidement la guérison. L'existence de corps étrangers négligés, en particulier pessaires "oubliés", est souvent la cause d'une infection chronique. Participent à cette pathologie vulvo-vaginale les ulcérations, et les polypes du méat urétral responsables des pseudo-cystites.

2° - La Pyométrie

Plus rarement, l'écoulement est rattaché à une pyométrie. L'examen au spéculum révèle alors un écoulement purulent venant de la cavité utérine. Elle ne s'accompagne ni de fièvre, ni de douleur, ni de modification de l'utérus. Un prélèvement du pus permet le diagnostic bactériologique et un antibiogramme. Le traitement antibiotique et les oestrogènes permettent de tarir l'infection lorsqu'il s'agit d'une endométrite banale mais il convient toujours de poursuivre les investigations :

- pour éliminer le cancer du corps utérin (les frottis faits par aspiration endoutérine étant souvent l'interprétation difficile en raison de l'infection) ;
- ou pour reconnaître un polype du col ou endoutérin responsable.

3° - L'Hydorrhée

L'écoulement peut revêtir un caractère particulier "*comme de l'eau*", souvent intermittent, par décharges. Il n'y a pas de signes d'inflammation vaginale.

Rarement, le T.V percevra une masse annexielle. Cependant, une hydorrhée parfois négligée est prise pour incontinence d'urine. Or, elle mérite d'être reconnue et doit évoquer le diagnostic d'épithélioma tubaire. Il faut y penser à priori car le diagnostic n'est qu'exceptionnellement fait par les frottis et l'hystérosalpingographie, examen essentiel, ne montre que des images non spécifiques de trompe obturée ou de pavillon

plus ou moins dilaté. Ce n'est qu'après l'élimination d'épithélioma tubaire que l'on peut attribuer l'origine de l'hydrorrhée à un polype ou à une endométrite sénile atrophique.

III - LES ECOULEMENTS SANGLANTS.

Ils peuvent dans tous les cas accompagnés les leucorrhées. Ce sont les plus inquiétants. L'examen soigneux permet de reconnaître l'origine vulvaire ou vaginale de ces saignements.

Nous avons vu la disparition de l'activité normale des ovaires qui fait perdre à la sphère génitale les facteurs de sa protection biologique et trophique : les troubles qui en résultent : infections, troubles trophiques, prolapsus peuvent tous faire saigner. Mais il peut s'agir de métrorragies vraies qui posent alors des problèmes de diagnostic.

1° - Cancer du col

Malheureusement, le saignement est souvent tardif, le diagnostic en est alors évident. Les frottis ont ici un intérêt considérable et doivent être systématiques.

2° - Cancer du corps

Dans 75 % des cas, ils sont découverts après la ménopause. Ce sont les examens paracliniques qui font le diagnostic : hystérosalpingographie et curetage biopsique.

3° - Cancer tubaire

Les métrorragies sont révélatrices aussi souvent que l'hydrorrhée.

4° - Cancer du vagin

Le cancer primitif du vagin est très rare. Il surviendrait au niveau de la cicatrice vaginale de nombreuses années après une hystérectomie totale faite pour une lésion bénigne ou chez des femmes porteuses de pessaire. Il peut s'agir également d'un épithélioma cylindrique, témoin d'une métastase d'un cancer utérin, ovarien, du rein ou d'un cancer digestif.

5° - Métrorragies d'origine bénigne

Il s'agit de la métrite sénile du col liée à l'atrophie scléreuse cervicale qui se traduit à l'histologie par une hypoplasie.

Au niveau de l'endomètre, d'une dystrophie : la muqueuse amincie et souvent privée de sa couche superficielle est parcourue de vaisseaux scléreux dont les parois en dégénérescence hyaline sont friables, fragiles et cause de suffusions hémorragique.

L'origine de ces métrorragies est mal connue. Certains auteurs nient l'existence de métrorragies liées à l'involution post-ménopausique. S'agit-il d'un dysfonctionnement endocrinien : défaut de synergie hypophyso-ovarienne ou stimulation oestrogénique d'origine surrénalienne ou d'un trouble localisé au niveau de l'endomètre?

Mentionnons :

- . la possibilité de métrorragies dues à un fibrome connu qui dégénère ou se complique ;
- . les métrorragies dues au toucher vaginal atrophique ;
- . enfin, l'occasionnel mais pas exceptionnel traumatisme vulvo-vaginal par "un rapport" le jour de permission.

Ces pertes de sang sont des pertes minimales, spontanées, mais souvent provoquées ; plus souvent pertes rosées qu'hémorragie vraie.

6° - Traitement oestrogénique

Il arrive que l'enquête la plus soignée ne révèle aucune anomalie et malgré un interrogatoire bien conduit (quand il est possible) il n'est pas toujours facile de mettre en évidence un apport exogène d'oestrogènes (ceux-ci sont souvent déguisés sous forme de prescriptions diverses, visant à traiter les bouffées de chaleur, dans un but tonique et anabolisant ; parfois, ces femmes saignent à la privation du traitement).

On y pense cependant :

- quand le vagin a une souplesse et une humidité inhabituelles chez une femme ménopausée depuis longtemps (10 ans au moins) ;
- quand le frottis est floride ;
- et quand il existe une glaire filante ;

Cependant, la découverte d'un traitement oestrogénique responsable ne doit pas empêcher l'enquête habituelle. Car un traitement oestrogénique peut, à cet âge, faire saigner les lésions préexistantes.

Il faut citer le thécome ovarien, tumeur sécrétante à action oestrogénique, observé après la ménopause. En fait, ce diagnostic est le plus souvent fait sur l'histologie : d'une tumeur ovarienne opérée.

L'association métrorragies et masse ovarienne étant plus fréquemment due à l'association d'une tumeur métastatique et d'une tumeur primitive de l'utérus ou de l'ovaire qu'il est d'ailleurs difficile de préciser.

IV - LE PROLAPSUS GENITAL

C'est une affection bénigne, fréquente, qui ne fait pas courir de risque vital mais qui entraîne un grand inconfort.

Des circonstances favorisantes sont toujours retrouvées : accouchements laborieux et compliqués, troubles trophiques, amaigrissement...

La tolérance à long terme du traumatisme obstétrical est d'ailleurs fort variable d'une femme à l'autre et dépend de la qualité de ses tissus comme du degré des phénomènes involutifs locaux. Il convient d'apprécier la gêne fonctionnelle qui justifie l'intervention chirurgicale si l'état général le permet. :

- prolapsus provoquant une incontinence urinaire. Il arrive que des femmes se plaignent uniquement d'un prolapsus sans dire qu'elles ont également une incontinence d'effort ou une irritation ;

- degré du prolapsus : on en distingue trois

- . premier degré : col près de la vulve ;

- . deuxième degré : col franchement à la vulve ou la débordant ;

- . troisième degré : utérus complètement extériorisé (chez les vieillards, le prolapsus est souvent du 3ème degré ;

- .. association avec une cystocèle plus ou moins volumineuse ou plus rarement une rectocèle donnant lieu à des difficultés d'exonération. Il existe aussi fréquemment une élytrocèle dans les prolapsus du 3ème degré.

Il faut signaler que la cure d'un prolapsus est essentiellement chirurgicale et que le pessaire n'est qu'un pis aller, qu'il est raisonnable de ne proposer qu'à des malades pour lesquelles on récuse formellement toute anesthésie. On devra donc le surveiller très régulièrement.

V - PATHOLOGIE MAMMAIRE

Le cancer du sein touche les femmes quel que soit leur âge. Un examen des seins fait partie intégrante d'une consultation gynécologique. Toute tumeur qui s'y révèle, si anodine soit-elle, doit faire l'objet d'investigations complémentaires.

VI - AUTRES PROBLEMES RELEVANT D'UNE CAUSE GYNECOLOGIQUE

Nous envisagerons ici quelques problèmes qui sans attirer d'emblée l'attention sur la sphère génitale, relèvent d'une cause gynécologique.

Il s'agit de :

- l'ascite révélatrice d'une tumeur de l'ovaire ;
- des douleurs de compression pelvienne, des oedèmes des membres inférieurs par blocage veineux et lymphatique qui sont parfois révélateurs chez la femme âgée d'un cancer pelvien.

C H A P I T R E V

LA MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION GYNECOLOGIQUE EN GERIATRIE

I - CETTE CONSULTATION S'IMPOSAIT EN RAISON DU MATERIEL DE CHOIX

Tout simplement par la nette prédominance féminine des hospitalisés à l'Hôpital de la Charité.

En ce qui concerne la pathologie gynécologique, plusieurs éventualités se présentent :

1 - Le dossier médical qui accompagne une malade dirigée dans le service des Convalescents mentionne une affection gynécologique connue, diagnostiquée, éventuellement opérée récemment : cancer du sein, de l'utérus, fibrome, prolapsus... Dans ce cas, on surveillait jusqu'alors la malade de près et elle était envoyée plus ou moins régulièrement en consultation dans le service de Gynécologie du C.H.U.

2 - L'affection gynécologique est ancienne, oubliée depuis longtemps, signalée ou non dans la rubrique des antécédents et de ce fait ne retient pas toujours l'attention. Il faut noter que la difficulté est encore accrue quand on a affaire à une malade au psychisme détérioré chez qui l'interrogatoire est impossible.

3 - Enfin troisième éventualité : il s'agit d'une catégorie de femmes souvent hospitalisées en long séjour depuis longtemps, qui présentent des signes fonctionnels, leucorrhées, métrorragies... Ceux-ci même chez des femmes valides ne sont pas toujours des sujets de plaintes. Par contre, chez des femmes alitées ou démentes, les lésions de mycose, de prurit vulvaire, les métrorragies, les leucorrhées sont signalées par le personnel soignant qui quotidiennement assure les soins d'hygiène.

Afin d'illustrer ce défaut de surveillance, nous avons repris une étude faite en 1976 sur la codification de 1 466 malades de la Charité sortis ou décédés dont 980 femmes, de Janvier 1968 jusqu'en Août 1976 (il faut préciser que la plupart sont décédés).

a - appareil urogénital :

. incontinence sphinctérienne	: 486 soit 33,18%
. cancer du sein	: 35 soit 2,5%
. cancer de l'ovaire	: 5 soit 0,4%
. cancer de l'utérus	: 13 soit 1%
. prolapsus	: 8 soit 0,54%
. fibrome	: 3 soit 0,2%

Il est bien évident que ces fréquences sont certainement très en dessous de la réalité et ne traduisent que les troubles évidents ayant provoqués des plaintes précises des hospitalisées.

b - par contre, en ce qui concerne les autres appareils, la disproportion est frappante :

. maladies cardio-vasculaires	: 701 soit 47,4%
. affections digestives	: 271 soit 17,37%
. pathologie neurologique	: 586 soit 39,11%

Il faut noter que sur une feuille de température où toutes les médications apparaissent, on ne voyait auparavant que très peu de thérapeutique gynécologique.

Si l'examen cardio-vasculaire soigneux est fait de façon systématique, il n'en est pas de même pour l'examen gynécologique. D'une façon générale, on s'intéresse peu au vieillissement de l'appareil génital.

Avec le troisième et le quatrième âge, nous voyons apparaître une recrudescence de cas de pathologie dans tous les domaines. La morbidité s'accroît rapidement avec l'âge : 75 à 80% de gens âgés souffrent d'une maladie chronique contre 40% de personnes plus jeunes selon "ELISABETH HORDER".

II - LE BESOIN D'EXAMENS GYNECOLOGIQUES A LA CHARITE

Avant l'organisation de consultations gynécologiques à L'Hôpital de la Charité, les consultations avaient lieu dans le service de gynécologie au C.H.U à l'Hôpital BELLEVUE 2 fois par semaine. Cela comportait un certain nombre d'impératifs et de désagréments majeurs pour les malades et le fonctionnement du service.

Après rendez-vous, la malade grabataire ou impotente était transportée depuis l'*hospice* sur sa chaise roulante, ou sur un brancard,

vêtue d'une chemise de nuit, couverte d'un drap et d'une couverture, ce par tous les temps. L'ambulance était assez inconfortable et la menait dès 9 heures du matin dans le service de gynécologie. Déposée par des porteurs dans une salle d'attente au milieu de toutes les autres consultantes, elle attendait le déroulement de la consultation et parfois dans l'inconfort d'une incontinence ne repartait qu'à midi ou plus vers l'*hospice*.

Sur place, la manipulation de ces malades était rendue difficile par la présence de brancards; mais surtout, la difficulté à pratiquer l'inventaire gynécologique aggravait la perte de temps dans une consultation déjà surchargée.

Enfin, le changement de cadre, l'isolement du milieu habituel qui est fondamental chez les personnes âgées renforçait le sentiment d'anxiété, voire l'agressivité de ces patientes (nous avons remarqué que les malades les plus démentes sont souvent celles qui supportent le plus mal ce changement de milieu).

Toutes ces préoccupations nous ont amené à proposer une consultation de premier tri, dans le but de :

- . confirmation de diagnostic,
- . et d'un dépistage systématique

III - REALISATION PRATIQUE

Il fallait tout d'abord réunir un certain nombre de conditions.

1° - L'acceptation par les deux services gynécologique et gériatrique de l'idée d'une consultation qui a été :

- . très facile au niveau médical et au niveau administratif.

Cette consultation s'intègre en effet totalement dans le programme de rénovation de l'Hôpital Gériatrique.

- . Mais nous nous sommes heurtés à l'inertie et aux habitudes du personnel paramédical, infirmier en particulier.

2° - Locaux

Il nous fallait une grande pièce équipée d'un lavabo, avec un bon éclairage, de plein pied ou d'accès facile, large, pour permettre le passage des brancards et des fauteuils roulants.

Notre local actuel, salle de kinésithérapie, occasionnellement transformée (une fois par mois) en salle de consultation mériterait cependant

quelques améliorations (surtout pour le stockage de notre matériel).

3° - Matériel

Il suffisait :

a - d'une table d'examen classique mais adaptée :

- . avec un dossier relevable pour soutenir des malades emphysémateuses, cardiaques, catatoniques, supportant mal la position allongée ;

- . avec des étriers de grande longueur : 80 cm au moins pour permettre aux pieds d'être calés et pour ne pas trop forcer la flexion des genoux et des hanches, souvent arthrosiques ;

- . haute sur pied du fait de la position des membres inférieurs (mouvements d'abduction et de flexion souvent très limités), l'examen vulvaire et vaginal se faisant facilement en remontant de bas en haut suivant l'axe du vagin ;

- . cette table, bien placée au milieu de la pièce permet la présence du personnel de chaque côté et le maintien des malades réticentes

b - de spéculum de différents calibres avec surtout une prépondérance de "petit calibre" car l'atrophie est fréquente ;

c - d'un colposcope ;

d - et de tout le matériel classique nécessaire à un examen gynécologique complet :

- . doigtiers et lubrifiants,
- . acide acétique,
- . lugol (permettant le test de SCHILLER),
- . lames, spatules, endocytes, liquide fixateur ou laque pour effectuer les frottis,
- . pinces à biopsie,
- . liquide de Bouin,
- . matériel à lavage endoutérin.

4° - Personnel

a - Infirmier : 2 infirmières au moins pour le transport et l'installation des femmes sur la table d'examen. Elles doivent rester près d'elles, l'une étant si possible du même service ; ce qui rassure les patientes et rend l'examen beaucoup plus facile ;

b - médical : représenté par l'interne du service ou tout au moins le dossier médical complet accompagné d'une lettre détaillée sur le motif de la consultation, les malades étant très souvent ininterrogeables.

5° - Rythme

Pour cette première année, nous avons limité volontairement le rythme à une consultation par mois, étant bien entendu qu'en fonction des résultats elle pourra être plus fréquente.

Mais nous insistons sur la nécessité pour un seul consultant de ne pas avoir plus de 8 patientes par séance. La manipulation des malades, le déshabillage, l'installation sur la table, le temps des divers examens étant nettement plus long que lorsqu'il s'agit de femmes plus jeunes.

IV - PROCESSUS DES DIFFERENTS EXAMENS PRATIQUES ET SCHEMA D'ORIENTATION DES MALADES

Le but de notre consultation était de faire un premier tri ; nous devons dans les conditions matérielles actuelles nous efforcer de décharger le service de gynécologie, et de réaliser sur place, à la Charité un certain nombre d'examens.

1° - A la consultation de Gynécologie de la Charité

Nous pratiquons :

- un examen physique (après miction) selon les indications du service qui l'envoie et qui comprend :
 - . la palpation des seins,
 - . l'inspection et la palpation de l'abdomen,
 - . la recherche des oedèmes,
 - . la mise en place sur les étriers pour l'examen gynécologique,
 - . l'examen et les prélèvements au niveau de la vulve,
 - . l'examen du vagin et du col au spéculum et avec le colposcope,
 - . les examens complémentaires, c'est-à-dire les différents tests : frottis, test à l'acide acétique, test de SCHILLER, biopsies, et lavage endoutérin.
 - . ensuite le T.V explorant soigneusement la souplesse des parois, leur sensibilité, essayant d'apprécier la vessie bien vidée, le

le volume de l'utérus ou des masses pelviennes palpables. On précise aussi sa position ; sa consistance, et l'état des annexes ;

. on associe un T.R en cas de prolapsus ou en cas de cancer. Les prélèvements sont immédiatement transférés au laboratoire. Le compte rendu de la consultation est noté sur l'observation de la malade, faisant l'objet d'une fiche spéciale pour notre consultation. En fonction des données du contexte, la malade retourne dans le service qui aura notre avis :

- . soit avec un traitement médical immédiat ;
- . soit avec des indications de bilan complémentaire ;

Le traitement médical immédiatement réalisable le plus courant étant une désinfection vaginale.

2° - Au sein du service de Gériatrie

Il existe un service de radiologie où peuvent être pratiquées des radiographies :

- . abdomen sans préparation ;
- . hystérosalpingographie ;
- . urographie intra-veineuse.

Par contre, les malades ayant besoin d'un inventaire gynécologique ou radiologique plus poussé sont transférées au C.H.U ; sur rendez-vous, pour leur permettre un séjour le plus court possible hors du service d'attache.

3° - Dans le service de Gynécologie

Ces examens nécessitent souvent une anesthésie ou analgésie, aussi nous demandons aux anesthésistes de les examiner auparavant. Les malades arrivent dans le service hospitalier avec un bilan biologique et les indications des gériatres concernant leur état physique et psychique. Un certain type d'analgésie ou d'anesthésie est décidé (dont nous reparlerons ultérieurement) et l'on peut pratiquer soit :

- . une biopsie du col ;
- . un curetage biopsique de l'utérus ;
- . le bistournage d'un polype ;
- . un débridement de diaphragme vaginal ;
- . l'ablation d'un pessaire incarcéré ;
- . soit un meilleur T.V sous anesthésie générale ;
- . une coelioscopie (rarement).

Dans le service de Gynécologie, il est aussi possible de pratiquer une échographie des masses abdominales perçues.

4° - Dans le service central de radiologie

On pratique les lymphographies et la radiothérapie (cobalt).

En conclusion de ce chapitre, ce deuxième stade plus spécialisé du diagnostic permet de faire repartir très rapidement la malade dans son service en attendant les résultats anatomo-pathologiques, avec un avis de traitement médical, chirurgical ou radiothérapique.

Dans d'autres cas, une hospitalisation plus prolongée s'impose quand il s'agit d'une indication opératoire ; mais chaque fois que c'est possible elle ne reste que pour les suites chirurgicales immédiates précoces, les suites secondaires et lointaines se déroulent dans son service d'origine

Cette bonne coordination évite aux malades âgées un séjour trop prolongé en dehors de leur service;

. et permet de ne pas voir des malades grabataires occuper inutilement, pour un banal examen un lit de gynécologie.

En ce qui concerne la décision chirurgicale exploratrice ou curative, elle nécessitera, comme nous l'avons évoqué, le bilan d'anesthésie avec ses conditions et posera le problème de la chirurgie en Gériatrie dont nous reparlerons après avoir étudié nos observations.

CHAPITRE VI

NOS OBSERVATIONS

Nous avons effectué 100 consultations :

- 38 examens systématiques chez 34 femmes,
- 62 examens pour un motif précis chez 45 femmes.

TABLEAU REPRESENTANT LES TRANCHES D'ÂGE DES FEMMES EXAMINEES
PAR RAPPORT A CELLES DE LA POPULATION FEMININE

AGE	EXAMENS SYSTEMATIQUES	EXAMENS MOTIF PRECIS	POPULATION FEMININE
	Nombre de Femmes	Nombre de Consultations	Nombre de Femmes
			DE LA CHARITE
- de 60 ans	1 soit 3%	1	1 st 2,2%
60-64	3 soit 9%	3	2 st 4,4%
65-69	6 soit 17%	6	3 st 6,6%
70-74	3 soit 9%	3	3 st 6,6%
75-79	5 soit 15%	5	15 st 33,3%
80-84	9 soit 26%	12	10 st 22,2%
85-89	4 soit 12%	4	7 st 15,5%
90-94	2 soit 6%	3	4 st 8,8%
95-99	1 soit 3%	1	0

Conclusions commentaires :

C'est dans la tranche d'âge 75 à 84 ans que nous avons examinée le plus grand nombre de femmes :

- . pour motif précis : 25 soit 55%
- . dans le cadre d'examens systématiques : 14 soit 41%

C'est dans cette catégorie que se trouve le plus grand nombre de femmes de la CHARITE (âgées de plus de 60 ans) : 99 soit 19,5%.

Notre population est donc représentative.

I - EXAMENS SYSTEMATIQUES

A - Identification, examens et diagnostic

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GENERAUX	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ou OBSTETRICAUX PATHOLOGIQUES
1	86	1		-Gonarthrose -Amputation du pied D -Souffle systolique -Syndrome dépressif	
2	80	1		-H.T.A -Troubles vasculaires cérébraux -Cirrhose -Hernie hiatale -Infection urinaire	
3	81	1		-Arythmie cardiaque -Accidents vasculaires cérébraux régressifs -Lithiase du cholédoque -Oedèmes des M.I -Incontinence urinaire -Infection urinaire	
4	74	1		-Impotence des M.I (myosite à forme myopathique) -Surdité	
5	66	1		-Bloc de branche D -Syndrome Cholédocien -Délire chronique -Pleurotomie à 33 ans	
6	69	1		-Hémiplégie G -H.T.A -Insuffisance rénale	Hystérectomie sub-totale (fibrome)

:	:	:	:	:	:	:	:
:	Antécédents :	TV - TR :	Colposcope :	Frottis :	Biopsie :	Diagnostic :	N° :
:	Endocriniens :	:	:	:	:	:	:
:	ou Métaboli- :	:	:	:	:	:	:
:	ques :	:	:	:	:	:	:
:	:	-Cloisons :	:	:	:	:	:
:	souples :	:	:	:	:	:	:
:	-Utérus atro :	Col sain :	I :	:	atrophie :	1 :	:
:	phique :	:	:	:	sénile :	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	:	:
:	souples :	:	:	:	:	Vaginite à :	:
:	-Utérus atro :	Col sain :	:	:	:	trichonomas :	:
:	phique :	Vaginite à :	II :	:	:	Rectocèle :	2 :
:	-Légère rec- :	trichonomas :	:	:	:	Atrophie :	:
:	tocèle :	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	:	:
:	souples :	:	:	:	:	:	:
:	-Utérus atro :	:	:	:	:	Rèctocèle :	:
:	phique :	:	:	:	:	Polype uré :	:
:	Légère rec- :	Col sain :	I :	:	:	tral :	3 :
:	tocèle :	:	:	:	:	Atrophie :	:
:	- Polype du :	:	:	:	:	:	:
:	Méat uretral :	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	:	:
:	souples :	Col sain :	:	:	:	:	:
:	-Utérus atro :	Atrophie :	I :	:	:	Atrophie ++ :	4 :
:	phique :	vaginale :	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	Atrophie :	:
:	souples :	Col sain :	I :	:	:	Cystocèle + :	5 :
:	-Utérus atro :	:	:	:	:	Rectocèle :	:
:	phique :	:	:	:	:	:	:
:	-Légère cys- :	:	:	:	:	:	:
:	tocèle + rec :	:	:	:	:	:	:
:	tocèle :	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	:	:
:	souples :	Col sain :	I :	:	:	:	6 :
:	:	:	:	:	:	:	:

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GENERAUX	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ou OBSTETRICAUX PATHOLOGI- QUES
7	60	1		-Coxarthrose -Parkinson	
8	89	2			Hystérectomie totale plus radium en 1962 (néo)
9	80	3	50	-Arthrose diffuse -Ostéoporose -H.T.A -Varices	
10	93	4		-Coxarthrose -Cholécystite	Néo du col utérin curithéra- pie et endoxan en 1971
11	67	4		-Abcès para-vertébral -Souffle systolique -H.T.A -Schizophrénie	
12	53	6		-Sclérose en plaque	
13	86	0		-Subluxation C5 et C6 -Arythmie cardiaque -Etat confusionnel -Cécité -Cholécystite	Hystérectomie totale (fibrome) Halsted sein G. 1974

Antécédents	TV - TR	Colposcope	Frottis	Biopsie	Diagnostic	N°
Endocriniens						
ou Métaboliques						
-Cloisons souples	Col sain					
-Utérus atrophique	Atrophie ++	I			Atrophie ++	7
-Prurit vulvaire+anal					Mycose	
-Vagin borgne						
-Blindage		I			Néo	8
-Fibrose périnéale						
-Cloisons souples	Col sain	I			Atrophie ++	9
-Utérus atrophique	Atrophie++					
-Cloisons souples					Néo sans signe d'évolution	
-Pas de Carcinose évolutive	Atrophie++	I			atrophie	10
-Petit bourgeon cicatriciel						
Diabète	-Cloisons souples	Leucorrhées ++	II	Polype bénin	Polype du col	
	-Utérus atrophique	Polype du col			Vaginite atrophique	11
	-Cloisons souples	Mycoses leucorrhées	I		Mycose	12
		Col sain				
	-Cloisons souples	Atrophie++	I		Atrophie	13

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GENERAUX	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ou OBSTETRIQUES PATHOLOGIQUES
14	83	1		Souffle systolique -Détérioration mentale	
15	81	0		-H.T.A -Détérioration mentale	Hystérectomie subtotale en 1945 cause inconnue
16	78	0		-Coxarthrose bilatérale -Décalcification diffuse -Pied G. equin -H.T.A -Anémie de Biermer -Hernie hiatale -Lithiase vésiculaire -Bronchite chronique -Infection urinaire	Mastose polykystique quadrant externe G.
17	77	0	48	-Ulcère du bulbe duodénal -Hernie hiatale -Ulcère de jambe -Cystite	Polype vaginaux opérés Adénomes du sein
18	79	0	50	-Ramollissement cérébral -Ulcère duodénal -Néphrectomie D (lithiase)	
19	68	0	50	-Métatarsalgies	
20	75	0		-Sciatique -H.T.A -Lithiase vésiculaire -Cystite -Phlébite à répétition	Fibrome depuis l'âge de 45 ans, Hystérectomie totale (néo) en 76

:	:	:	:	:	:	:	:
:	Antécédents :	TV - TR :	Colposcope :	Frottis :	Biopsie :	Diagnostic :	N° :
:	Endocriniens :	:	:	:	:	:	:
:	ou Métaboli-	:	:	:	:	:	:
:	ques :	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	Col sain :	II :	:	Myose ex-	14 :	:
:	souples :	Atrophie++ :	:	:	terne :	:	:
:	-Utérus atr :	:	:	:	Atrophie :	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	Cystocèle :	:	:
:	souples :	Col sain :	:	:	Atrophie :	:	:
:	-Col atrophi :	atrophie+ :	I :	:	:	15 :	:
:	que :	:	:	:	:	:	:
:	-Légère cys-	:	:	:	:	:	:
:	tocèle :	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	Polype uré-	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	tral :	:	:
:	souples :	Col sain :	I :	:	Folliculi-	:	:
:	-Utérus atr :	:	:	:	te pubien-	:	:
:	ophtique :	:	:	:	ne :	16 :	:
:	-Polype du :	:	:	:	Atrophie :	:	:
:	méat urétral :	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	Rétrover-	:	:
:	souples :	Col sain :	I :	:	sion :	:	:
:	-Utérus en :	:	:	:	Atrophie :	17 :	:
:	rétroversion :	:	:	:	:	:	:
:	atrophique :	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	:	:
:	souples :	Col sain :	:	:	:	:	:
:	-Utérus atro :	Atrophie+ :	I :	:	Atrophie :	18 :	:
:	phique :	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	Leucorrhées :	II :	:	Vaginite :	:	:
:	souples :	Col sain :	:	:	atrophique :	19 :	:
:	-Utérus atro :	:	:	:	:	:	:
:	phique :	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	Néo sans :	20 :	:
:	souples :	:	II :	:	signe d'evo :	:	:
:	:	:	:	:	lutivité :	:	:

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GENERAUX	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ou OBSTETRICAUX PATHOLOGIQUES
21	74	0		-Gonarthrose -Parkinson -Anémie	-Hystérectomie totale par voie basse (prolapsus du 3ème degré.
22	82	0		-Coxarthrose G -Gonarthrose bilatérale -H.T.A -Sonde à demeure(incontinence) -Ulcération rectale biopsie à l'aveugle (0 aucune valeur)	
23	84	0		-Enclouage col fémoral D -Cataracte bilatérale -Artériopathie des MI -Syndrome dépressif	
24	69	1		-Tachycardie	
25	78	2	55	-Occlusion en 71 -Hémiplégie D	
26	64	4		-Extrasystoles	
27	64	0	50	-Bloc de branche D	

:	:	:	:	:	:	:	:
:Antécédents	: TV - TR	: Colposcope	: Frottis	: Biopsie	:Diagnostic	: N°	:
:Endocriniens	:	:	:	:	:	:	:
:ou Métaboli-	:	:	:	:	:	:	:
:ques	:	:	:	:	:	:	:
:	: -Cloisons	:	:	:	:	:	:
:	:souples	:vagin atro-	: I	:	:Atrophie	: 21	:
:	:Bonne cic-	:phique	:	:	:	:	:
:	:trisation	:	:	:	:	:	:
:	: -Carcinose	:	:	:	:	:	:
:	:pelvienne	:	:	:	:	:	:
:	: -Blindage du	:	:	:	:	:	:
:	:vagin et du	:	:	:	:Néo du rec-	:	:
:	:périnée	:	:	:	:tum évolué	: 22	:
:	: -Col anal à	:	: II	:	:	:	:
:	:peine permé-	:	:	:	:	:	:
:	:able au doi-	:	:	:	:	:	:
:	:gt	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	: -Cloisons	: Vaginite	:	:	:	:	:
:	:souples	: atrophique	: II	:	: Vaginite	:	:
: Diabète	: -Utérus	: et mycosique	:	:	: atrophique	: 23	:
:	: atrophique	:	:	:	: mycosique	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	: -Cloisons	:	:	:	:	:	:
: Diabète	:souples	: Col sain	: Non	:	: Prolapsus	: 24	:
:	: -Léger Pro-	:	:	:	: 1er degré	:	:
:	:lapsus	:	:	:	:	:	:
:	: -Cloisons	: Col sain	:	:	:	:	:
:	:souples	: Petit poly-	:	:	: Polype vagi-	:	:
:	: -Utérus atro-	: pe vaginal	: I	:	: nal	: 25	:
:	:phique	: banal	:	:	: Atrophie	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	: -Cloisons	:	:	:	: Cervicite	:	:
:	:souples	:	:	:	: Prolapsus	: 26	:
:	: -Prolapsus	: Cervicite	: II	:	: 1er degré +	:	:
:	: 1er degré	:	:	:	: Cystocèle	:	:
:	: -Légère cys-	:	:	:	:	:	:
:	:tocèle	:	:	:	:	:	:
:	: -Cloisons	:	:	:	:	:	:
:	:souples	: Col sain	: Non	:	: R.A.S	: 27	:

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GENERAUX	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ou OBSTETRICAUX PATHOLOGI- QUES
28	93	1			
29	81	0		-Arythmie cardiaque -Confusion mentale	
30	65	9	53	-H.T.A -Ethylisme -Lithiase vésiculaire	
31	86	0		-Insuffisance cardia- que -Parkinson	
32	98	2		-Coxarthrose bilatéra- le -Insuffisance cardia- que -Cholécystectomie -Surdité	
33	77	0		-Pseudoarthrose col fémoral D -Dénutrition	Mastose polykystique bilatérale
34	84	1	58	-Eczéma -Délire de persécution -Bloc de branche G	

:	:	:	:	:	:	:	:
:	Antécédents :	TV - TR :	Colposcope :	Frottis :	Biopsie :	Diagnostic :	N° :
:	Endocriniens :	:	:	:	:	:	:
:	ou Métaboli-	:	:	:	:	:	:
:	ques :	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	:	:
:	souples :	Col sain :	Non :	:	R.A.S :	28 :	:
:	-Pas d'atro-	:	:	:	:	:	:
:	phie :	:	:	:	:	:	:
:	-TV un doigt :	Col granu- :	:	:	:	:	:
:	utérus très :	leux :	:	:	Suspicion :	:	:
:	Obésité :	rétroversé :	Leucorrhées :	II :	de Néo :	29 :	:
:	:	purulentes :	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	Vaginite à :	:	:	Vaginite à :	:	:
:	souples :	trichonomas :	:	:	trichonomas :	:	:
:	Obésité :	-Utérus atro :	Col : kyste :	II :	Bénignité :	Polype cer-	:
:	phique :	de Naboth :	:	:	:	vical :	30 :
:	:	Polype cer-	:	:	:	Cervicite :	:
:	:	vical :	:	:	:	:	:
:	:	cervicite :	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	Vaginite :	II :	:	Vaginite :	:	:
:	souples :	atrophique :	:	:	atrophique :	31 :	:
:	-Utérus atro :	Leucorrhées :	:	:	:	:	:
:	phique :	:	:	:	:	:	:
:	-Gros polype :	Gros polype :	:	:	:	:	:
:	cervical :	cervical en :	:	:	:	:	:
:	-Utérus atro :	voie de :	:	:	:	:	:
:	phique :	névrose :	:	:	Polype cer-	:	:
:	:	:	I :	:	vical :	32 :	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	:	:	:	:	:	:
:	Thyroidecto- :	souples :	:	:	:	:	:
:	mie (goitre) :	-Utérus atro :	Col sain :	I :	Atrophie :	33 :	:
:	:	phique :	:	:	:	:	:
:	-Cloisons :	Leucorrhées :	:	:	:	:	:
:	souples :	:	:	:	:	:	:
:	-Col un peu :	Leucoplasie :	II :	:	Leucoplasie :	34 :	:
:	gros pour :	:	:	:	:	:	:
:	l'âge :	:	:	:	:	:	:

34 femmes ont été examinées dont :

- 1 a été vue deux fois : observation n° 29
- 2 ont été vues deux fois : observation n° 34 surveillance d'une leucoplasie
observation ,° 10 surveillance d'un nœo
du col traité par ENDOXAN et Curiethérapie en 1971.

10 présentaient des antécédents gynécologiques pathologiques.

B - Diagnostic et traitement

DIAGNOSTIC	NOMBRE	TRAITEMENT
Atrophie banale	16 soit 29%	Médical : Colpotrophine ou Trophigyl
Vaginite atrophique	4 soit 9%	Médical : Colpotrophine ou Trophigyl
Vaginite à trichomonas	2 soit 4,5%	Flagyl
Mycose	4 soit 9%	Mycostatine ovules et per os Hygiène locale
Cervicite	2	Antibiotique - Désinfection
Polype cervical	3	Bistourinage Tergynan 10 jours puis bistourinage et négatol Refus de toute intervention (par la famille)
Polype vaginal	1	Aucun
Prolapsus	2	Aucun (car 1er degré)
Cystocèle	2	Aucun
Rectocèle	3	Aucun
Leucoplasie	1	Surveillance disparition
Néo	1	Cobaltothérapie interruption par chute des lignées blanche et rouge. Décès. Chimiothérapie Leuco 4 et Nicobion

:	:	:	:			
:	DIAGNOSTIC	:	NOMBRE	:	TRAITEMENT	:
:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:
:	Polype du méat	:	2	:	Aucun	:
:	:	:	:	:	:	:
:	Rétroversion	:	2	:	Aucun	:
:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:
:	Folliculté pubienne	:	1	:	Consultation dermatologi-	:
:	:	:	:	:	que	:
:	:	:	:	:	:	:

C - Conclusions commentaires des examens systématiques
sur 34 consultantes :

1 - Traitement médical effectué à la CHARITE : 26

2 - Consultation dans un service spécialisé : 1

Observation n° 22 :

Diagnostic : Néoplasme du rectum envahissant tout le rectum.

Traitement : Cobaltothérapie + chimiothérapie (leuco 4 + Nicobion), interruption pour intolérance hématologique.

3 - Hospitalisation dans le service de Gynécologie : 2

Observation n° 11 et Observation n° 30 :

Diagnostic : Polype du col utérin

Traitement : Bistournage du polype puis traitement médical négatif.

Biopsie du Col : R.A.S

de l'Endomètre : R.A.S

Examens anatomo-pathologique des polypes : aucun signe de malignité.

4 - Refus par la famille de toute thérapeutique

Observation n° 32 : femme de 98 ans.

Diagnostic : gros polype cervical en voie de nécrose

5 - Dans 4 cas seulement, soit 11,75 %,
Nous n'avons entrepris aucun traitement.

6 - Résultats

Pathologie les plus fréquentes :

-Atrophie banale : 29%

-Vaginite atrophique : 9%

-Mycose : 9%

"Mais 4 malades sur 34 soit 11,75% ont particulièrement
bénéficié de ces consultations systématiques"

Nous pensons donc qu'il serait utile de les poursuivre.

Autrement dit, 29 femmes sur 34 soit 83,3% ont bénéficié
d'un traitement approprié.

Nous n'avons découvert aucune pathologie néoplasique de
l'appareil génital.

II - EXAMENS MOTIVES

:	:	:	:
:	MOTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
:	:	:	:
:	:	:	:
:	Métrorragies et T.V ramenant du	13	28,8
:	sang	:	:
:	:	:	:
:	Leucorrhées	10	22,2
:	:	:	:
:	Prolapsus	5	11,1
:	:	:	:
:	Prurit	2	4,4
:	:	:	:
:	Masse abdominale	4	8,8
:	:	:	:
:	Oedèmes des M.I	3	6,6
:	:	:	:
:	Incontinence urinaire	4	8,8
:	:	:	:
:	Découverte d'une masse au T.V	1	2,2
:	:	:	:
:	Résidu vésical à l'U.I.V	1	2,2
:	faite pour hématurie	:	:
:	:	:	:
:	Fistule recto-vaginale	1	2,2
:	:	:	:
:	Nodule du sein	1	2,2
:	:	:	:
:	TOTAL	45	100
:	:	:	:

Conclusions et commentaires du tableau :

Nous avons volontairement classé les motifs des consultations par ordre de fréquence décroissant :

- Les plus inquiétants, c'est-à-dire les métrorragies, sont aussi les plus fréquentes. Elles représentent : 28,8%.

- Puis viennent les écoulements non-sanglants : moins inquiétants, mais non négligeables en raison des désagréments qu'ils procurent.

- La pathologie mammaire n'a fait l'objet que d'une consultation, ce qui peut paraître assez étonnant compte tenu de la fréquence des affections des seins, en particulier malignes chez les femmes âgées. En réalité, les examens complets sont effectués d'une façon systématique tous les 6 mois dans tous les services de l'hôpital de la "CHARITE". Bien entendu, l'examen des seins est la plupart du temps pratiqué et un certain nombre de tumeurs bénignes ou malignes ont ainsi été étiquetées et traitées sans passer par la consultation de Gynécologie.

A - METRORRAGIES, T.V RAMENANT DU SANG

1 - Identification - Diagnostic

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES	FROTTIS	DIAGNOSTIC
35	88	3			II	Vaginite atro- phique. Suspicion de néo
36	84	1		Néo du sein D refus d'intervention	II	Vaginite à tri- chomonas
37	89	0			I	Fibrome Polype cervical
38	82	4			II	Vagin borgne pus et sang ve- nant de l'orifi- ce, utérus très dur. Néo?
39	65	3			II	Métrite col dur douteux
40	90	3		Halsted Polype utérin op- ré en 1971	I	Polype cervi- cal
41	76	2			I	Pertes non ex- pliquées
42	71	0		Hystérectomie + radiothérapie en 1956 Halsted D (radio- thérapie) en 1975	II	Vaginite atro- phique. Sang d'origine non génitale
43	62	6	48		I	Métrorragies post-coïtale?

: N°	: AGE	: PARITE	: MENOPAUSE	: ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES	: FROTTIS	: DIAGNOSTIC
44	77	0	48		II	Zone hémorragi- que cratériforme sur le col Néo ? Présence de pus
45	75	0			II	Mycose + vagini- te à trichonomas
46	77				II	Vaginite atro- phique
47	76	2			II	Vaginite atro- phique

Nous avons recueilli 13 observations de femmes qui ont consulté pour des métrorragies, ce qui représente 18 consultations.

Parmi elles, 3 présentaient des antécédents gynécologiques :

Observation n° 36 : Néo du sein D non opéré (refus d'intervention) ,

Observation n° 40 : Halsted - Polype utérin opéré en 1971 ,

Observation n° 42 : Hystérectomie + radiothérapie en 1956 ,

Halsted D + radiothérapie en 1975.

2 - Résultats : examens complémentaires et traitement

:	:	:	:
:	N° :	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	: TRAITEMENT :
:	:	:	:
:	35 :	Biopsie d'endomètre : endométrite sé-	Antibiotique per
:	:	nile aïgue	os
:	:	:	:
:	36 :	Aucun	Flagyl
:	:	:	:
:	:	:	Surveillance coagu-
:	37 :	Aucun	lation si persis-
:	:	:	tance des métrorra-
:	:	:	gies
:	:	:	:
:	38 :	Frottis refait après antibiothérapie	Antibiotiques
:	:	classe I décès accident vasculaire	:
:	:	cérébral	:
:	:	:	:
:	39 :	Biopsie d'endomètre et du col : endo	Lavage endoutérin
:	:	et exocervicite	Tergynan et Trophi-
:	:	:	gy1
:	40 :	Polype bénin examen anat. Path	Bistournage puis
:	:	:	négatol
:	:	:	:
:	41 :	Curetage biopsique : bénignité perfo-	Hystérectomie tota-
:	:	ration utérine	le secondairement
:	:	:	:
:	41 :	:	exérèse d'un bour-
:	:	:	geon vaginal bénin
:	:	:	sur la cicatrice
:	:	:	:
:	42 :	Aucun	Aucun
:	:	:	:
:	43 :	Curetage biopsique : R.A.S	:
:	:	:	:
:	44 :	Curetage biopsique : endométrite,	Antibiotique
:	:	Cervicite. Nouvelle Biopsie négative	Péni-Coli
:	:	:	:
:	45 :	Aucun	Flagyl+Mycostatine
:	:	:	:
:	46 :	:	:
:	47 :	Aucun	Trophygy1
:	:	:	:

3 - Conclusions commentaires

sur 13 consultantes :

A - Traitement médical effectué à "La CHARITE" : 4
(Tergynan, flagyl, mycostatine, trophigyl...).

B - Traitement médical antibiotique en tant que test
thérapeutique : 1,

Observation n° 38 : frottis refait après 10 jours d'antibiotiques, classe I.

C - Hospitalisation dans le service de Gynécologie

- Curetage biopsique : 5

. Anat. path : lésions bénignes d'endométrite ou de cervicite : 3 cas.

- Dans un cas ; Observation n° 41 : perforation utérine
lors du curetage biopsique.

.Malade de 76 ans - Hystérectomie totale,

.suites opératoire simples,

.a présenté dans les mois suivants des pertes hémorragiques.

.Diagnostic clinique : petit bourgeon vaginal d'apparence
bénigne

.Traitement : exérèse,

.Examen anat. path : bénignité.

- Dans un autre cas ; Observation n° 44 : la biopsie ne
confirme pas l'impression clinique de néoplasme.

.Biopsie du col : col inflammatoire - Infiltrat inflammatoire
granulomateux - Epithélium de surface totalement
abrasé, nulle part conservé.

Pas d'indice de malignité.

Cervicite subaïgue et aïgue active.

.Biopsie d'endomètre : débris fibrino-unoriques et purulents -
Lambeaux d'endomètre isthmique observables, importants
inflammatoires, granulomateux.

Lésions d'endométrite sénile non spécifique.

Pas d'indice de malignité.

.Un mois plus tard, nouvelle consultation après traitement
antibiotique :

.Signes fonctionnels : persistance de leucorrhées teintées
de sang,

apparition de petites adénopathies inguinales D.

- . Colposcope : persistance d'une zone hémorragique cratéiforme au niveau du col évoquant un aspect malin.
- . Biopsie du col : 3 biopsies examinées : lésions inflammatoires exclusives et granulomateuses à type de bourgeon charnu. Aucune muqueuse n'est observable. Très importants phénomènes exsudatifs et d'infiltration cellulaire polymorphe.
- . Biopsie d'endomètre : paroi utérine à la fois involuée sclérotrophique et fibromateuse. Les glandes y sont directement incluses, elles sont microkystiques, quiescentes de type post-ménopausiques. Aucun indice de malignité.

- Enfin un troisième cas : Curetage biopsique : R.A.S
Cessation très rapide des métrorragies.

Les antécédents, les signes cliniques, le comportement de Mme M , âgée de 62 ans, ont permis de porter le diagnostic d'hémorragie post-coïtale.

- Intervention : 1 - Observation n° 42 :
Bistournage de polype cervical.
Anat. path : bénignité.

D - Surveillance : 1
Observation n° 37 : petit polype cervical.

E - Elimination d'une origine gynécologique :
Observation n° 42 : Malade de 71 ans,

- . Antécédents gynécologiques : Hystérectomie + radiothérapie en 1956
Halsted D + radiothérapie en 1975
- . Sang d'origine extra-génitale.

B - LEUCORRHEES

1 - Identification - Diagnostic

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES	FROTTIS	DIAGNOSTIC
48	88	1			II	Vaginite atro- phique
49	75	1	38	Hystérectomie to- tale à 38 ans, cause inconnue	II	Vaginite atro- phique
50	67	0			II	Vaginite atro- phique
51	81	0	50			Pessaire négligé Vaginite à tri- chomonas
52	75			Hystérectomie sub- totale	II	Abcès du cul de sac D Klebsiella
53	84	3				Vaginite atro- phique
54	61	6	48	Fistule vésico- vaginale en 49 Hystéropexie Ovariectomie	II	Rectocèle isolée Vaginite atro- phique
54	61	6	48		II	Vaginite et vul- vite mycosique
55	76	0			II	Vaginite à tri- chomonas
56	65	1			II	Vaginite à tri- chomonas
57	90	0				Cervicite

10 femmes ont consulté pour des leucorrhées ce qui repré-
sentent 11 consultations.

10 femmes - 11 consultations.

2 - Résultats - Traitement

:	:	:	:
:	DIAGNOSTIC	:	NOMBRE
:	:	:	TRAITEMENT
:	:	:	:
:	Vaginite atrophique	:	5
:	:	:	Trophigyl
:	Vaginite à trichomonas	:	3
:	:	:	Flagyl
:	Mycose	:	1
:	:	:	Mycostatine
:	Cervicite	:	1
:	:	:	Antibiotiques
:	Abcès	:	1
:	:	:	Antibiotiques
:	:	:	Klebsiella sensible
:	:	:	à Gentalline
:	Rectocèle	:	1
:	:	:	Aucun
:	Pessaire négligé	:	1
:	:	:	Ablation et traite-
:	:	:	ment désinfectant

3 - Conclusions - commentaires

a - La vaginite atrophique est à l'origine du plus grand nombre de leucorrhées : 5 cas.

b - Puis vient la vaginite à trichomonas : 3 cas qui cependant est considérée comme rare chez les femmes âgées, comparativement aux autres vaginites infectieuses.

. Toutes les patientes ont eu un traitement médical sur place.

. Un seul examen complémentaire a été demandé.

Observation n° 52 : Mme B... âgée de 75 ans,

. Signes fonctionnels : leucorrhées fétides.

. Examen : abcès du cul de sac D

colpotomie spontanée, prélèvement de pus.

antibiogramme : Klebsiella sensible à gentalline.

. Guérison après 10 jours d'antibiotique.

N.B : Nous avons recueilli une observation illustrant parfaitement les incidents parfois rencontrés avec le pessaire.

Observation n° 51 : Malade âgée de 81 ans,

Pessaire depuis plusieurs années (pro-lapsus 3ème degré).

. Signes fonctionnels : pertes fétides, purulentes.

. Examen : découverte d'un pessaire négligé
vaginite à trichomonas

. Traitement : ablation du pessaire

Tergynan + Flagyl per os.

Les raisons invoquées par cette patiente quant à la négligence de ce pessaire nous ont semblées intéressantes, à noter :

Crainte d'évoquer un sujet "tabou", et des préoccupations concernant sa féminité qui lui paraissaient indécentes.

C - PROLAPSUS

1 - Identification - Diagnostic

:	:	:	:	:	:	:	:	:
:	N°	: AGE	: PARITE	: MENOPAUSE	: ANTECEDENTS	: FROTTIS	: DIAGNOSTIC	:
:	:	:	:	:	: GYNECOLOGIQUES	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:	:
:	58	: 94	: 0	:	:	: I	: Prolapsus 3ème	:
:	:	:	:	:	:	:	: degré	:
:	59	: 89	: 0	:	:	: I	: Prolapsus 3ème	:
:	:	:	:	:	:	:	: degré incontinen	:
:	:	:	:	:	:	:	: ce urinaire	:
:	60	: 84	: 1	:	:	: I	: Fibrome ?	:
:	:	:	:	:	:	:	: Importante cys-	:
:	:	:	:	:	:	:	: tocèle	:
:	61	: 88	: 1	:	:	: I	: Prolapsus 3ème	:
:	:	:	:	:	:	:	: degré irritation	:
:	62	: 89	: 0	:	:	:	: Prolapsus 2ème	:
:	:	:	:	:	:	:	: degré	:

- Cinq femmes ont consulté pour prolapsus, ce qui représente 11 consultations.

Parmi nos cinq observations, aucune ne comportait des antécédents gynécologiques ou obstétricaux connus pathologiques.

Cela met en évidence un relâchement de la tonicité tissulaire contrastant avec l'atrophie rétractile de la plupart des femmes.

2 - Résultats - Examens complémentaires - Traitement

:	:	:	:	:		
:	N° :	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	:	AGE :	TRAITEMENT	:
:	:	:	:	:	:	:
:	58	Hospitalisation	:	94	Réintégration	:
:	:	:	:	:	LE FORT	:
:	:	:	:	:	Pessaire n° 6 pas	:
:	59	:	:	89	d'intervention très:	:
:	:	:	:	:	mauvais état géné-	:
:	:	:	:	:	ral	:
:	:	H.S.G : gros fibrome calcifié	:	:	Pessaire pas	:
:	60	:	:	84	d'intervention	:
:	:	U.I.V : amputation vésicale	:	:	mauvais état géné-	:
:	:	:	:	:	ral	:
:	60	:Revue pour cystocèle et recto-	:	:	Suppression de	:
:	:	cèle	:	:	pessaire GYNOPLIX	:
:	:	:	:	:	Pessaire n° 5	:
:	61	:	:	88	Surveillance régu-	:
:	:	:	:	:	lière	:
:	:	:	:	:	Pessaire n°5	:
:	62	:	:	89	LE FORT si pessaire	:
:	:	:	:	:	mal supporté	:
:	:	:	:	:	:	:

3 - Conclusions commentaires

A - Traitement effectué à la CHARITE : 3

Mise en place de pessaire, car mauvais état général et âge avancé. Surveillance régulière.

B - Examens complémentaires : 1, Observation n° 60

- dans le service de radiologie à "la CHARITE" :

Urographie intra-veineuse : amputation vésicale par une masse abdominale.

- dans le service central de radiologie :

Hystérosalpingographie : gros fibrome calcifié de la taille d'une orange. Cavité utérine et endocol normaux.

Pas d'indication d'intervention.

- Traitement : Pessaire (mauvais état général).

Suppression quelques mois plus tard.

A l'examen : col suspendu par le fibrome seul.

Cystocèle + rectocèle.

C - Hospitalisation : 1 ; Observation n° 58.

Intervention : réintégration type LE FORT

Mme G..., âgée de 94 ans : état général excellent.

Diagnostic : prolapsus du 3ème degré.

Bilan préopératoire dans son service.

Intervention dans le service de Gynécologie.

Suites opératoires immédiates : simples

Suites opératoires tardives : fistule recto-vaginale, puis découverte d'un néoplasme du sein G. Décès.

Ces tableaux où l'on rappelle l'âge montre que la plus âgée, en bonne condition, a pu avec succès bénéficier de la thérapeutique chirurgicale alors que les quatre autres malades, n'étant pas aptes à subir un acte chirurgical, relevaient du pessaire, à condition qu'il soit surveillé régulièrement.

D - PRURIT

1 - Identification - Diagnostic

:	:	:	:	:	:	:	:	:
:	N°	: AGE	: PARITE	: MENOPAUSE	: ANTECEDENTS	: FROTTIS	: DIAGNOSTIC	:
:	:	:	:	:	: GYNECOLOGIQUES	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	: Incontinence à	:
:	:	:	:	:	:	:	: l'effort.	:
:	63	: 78	: 4	: 54	: 1 fausse couche	: II	: Polype urétral	:
:	:	:	:	:	:	:	: Vulvite atrophique	:
:	:	:	:	:	:	:	: et mycose	:
:	:	:	:	:	:	:	: Mycose vulvo-	:
:	64	: 78	:	:	:	: II	: vaginale	:
:	:	:	:	:	:	:	: atrophie ++	:

2 - Résultats - traitement

Observation n° 62 : lavage à la bétadine

Mycostatine pommade per os

Ovules de Colpotrophine

Colpormone per os

Observation n° 64 : Lavage bétadine ou violet de gentiane

Mycostatine pommade et per os

3 - Commentaires

Découverte de mycose et d'atrophie traitées sur place
par un traitement médical.

Aucun examen complémentaire n'a été demandé.

E - MASSE DE L'ABDOMEN

1 - Identification - Diagnostic

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES	FROTTIS	DIAGNOSTIC
65	94	0	50		II	Masse caecale ? Masse ovarienne Petit polype ova- rienne
66	84	10			II	Néo ? (T.V infil- tration d'un type carcinomateux)
67	79	0			I	Fécalome à revoir
68	87			Adénocarcinome du sein D. Halsted + chimiothérapie 1973 métastases cérébra- les	II	Néo ? Bourgeon inflammatoire au niveau du col T.R : masse en avant de l'utérus vessie ?

14 femmes ont consulté pour masse de l'abdomen, ce qui représente 5 consultations.

2 - Résultats - traitement

N°	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	TRAITEMENT
65	Lavement baryté : découverte d'un aspect lacunaire du bas fond caecal : néoplasme	Décès rapide (très)
66	Demande d'une H.S.G non faite en raison de la sortie de la malade de l'hôpital	Naxogyn Flagyl
67	Aucun	Lavement, surveillance de la cons- tipation
68	Aucun	Aucun

3 - Commentaires

- Dans un cas, nous avons éliminé l'origine gynécologique d'une masse sus-pubienne (observation n° 65). Il s'agissait d'un néoplasme du caecum.

- Observation n° 66 : découverte d'une infiltration très suspecte qui n'a pu être inventoriée du fait du retour à domicile de la malade refusant les examens complémentaires.

- Observation n° 67 : mise en évidence d'un problème digestif et non gynécologique, à l'origine des troubles.

- Observation n° 68 : un frottis fait au niveau du bourgeon inflammatoire situé sur le col n'a pas révélé de lésion maligne, qui reste cependant à surveiller.

F - OEDEMES DES M.I

1 - Identification - Diagnostic

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES	FROTTIS	DIAGNOSTIC
69	74	4			I	R.A.S (l'origine des oedèmes n'est pas gynéco- gique)
70	82	0			II	Col dur , masse utérine
71					II	Vaginite atro- phique, bilan urinaire

3 femmes ont consulté pour oedèmes des MI ce qui représen-
te : 4 consultations.

2 - Résultats - Examens complémentaires - Traitement

N°	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	TRAITEMENT
69	Bilan hépatique - rénal	R.A.S
	Curetage biopsique : bénignité	
70	Lavage endoutérin 1 mois plus tard	Aucun
	Cytologie du liquide R.A.S	
71	Bilan urinaire R.A.S	Trophigy1

3 - Commentaires :

- Sur place, nous avons effectué dans 2 cas des examens bio-
logiques et radiologiques complémentaires.

- Une seule hospitalisation pour curetage biopsique a été pra-
tiquée dans le service de Gynécologie.

G - INCONTINENCE URINAIRE

1 - Identification - Diagnostic

N°	AGE	PARITE	MENOPAUSE	ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES	FROTTIS	DIAGNOSTIC
72	75	2	48	Hystérectomie (fibrome)	I	R.A.S
73	79				I	R.A.S
74	73				I	R.A.S
						Origine urinaire
75	54	0	48		II	Mycose vaginale Surinfection vulvaire. Origine urinaire

2 - Résultats - Examens complémentaires - traitement

N°	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	TRAITEMENT
72	Aucun	Aucun
73	Aucun	Aucun
74	Cystographie mictionnelle R.A.S	Aucun
75	Cystographie mictionnelle. Consultation dermatologique et urologique	Essai de Strichnal B1 violet de gentiane - Mycostatine

3-Commentaires, résultats

A-Traitement à "la CHARITE" : 1

B-Abstention thérapeutique : 2

C-Examen complémentaire dans le service de radiologie : 2

Observation n° 74 et n° 75 : Cystographie mictionnelle

D-Consultations spécialisés : 1

Observation n° 75

- . Consultation urologique.
- . Diagnostic : incontinence orthostatique
- . U.I.V : cystocèle
- . Indication d'intervention : MARSCHALL
MARCHETTI
- . Refus de la malade

- . Consultation dermatologique.
- . Diagnostic : pyodermite surinfectée.

H - MASSE AU T.V

Observation n° 76 :

Malade de 82 ans - Parité : 1 - Ménopause : 50 ans.

. Antécédents gynécologiques : R.A.S

. Antécédents médicaux : .Paraplégie après intervention pour tumeur kystique bénigne de la moelle (1957).

. Incontinence urinaire (sonde à demeure).

A - Examen gynécologique :

T.V : petite masse de la taille d'une cerise sur la face postérieure du vagin. Apparence bénigne (consistance molle, pas d'ulcération, pas d'inflammation).

Cloisons vaginales souples.

Colposcope : Vaginite atrophique infectée.

Frottis : systématique

Traitement : Désinfection vaginale,
ovules de colpotrophine.

Résultat du frottis : IV

Hospitalisation dans le service de gynécologie :

Biopsie du col : emporte une petite tumeur, polypoïde du col
hémorragique

Ana-path : Carcinome épidermoïde du col à caractère infiltrant
d'index mitotique très élevé.

Traitement : Cobaltothérapie dans un but hémostatique ?

Abstention thérapeutique en raison de l'âge (82 ans)
et de l'état général.

B - Par la suite, apparition d'oedèmes de compression des 2 MI
et d'une légère ascite.

T.V : masse indurée, tumeur évolutive.

Consultation en radiothérapie pour cobaltothérapie éventuelle.

U.I.V : pas de compression des uretères. Pas d'altération de la
fonction rénale.

Deux possibilités sont envisagées avec la même justification :

- Abstention de Cobalt au stade de l'évolution puisqu'il n'y
a ni douleurs, ni métrorragies.

- Quelques séances de type de flash une fois par semaine en
raison des difficultés de déplacement, quitte à interrompre en

fonction de la situation. Cela n'est possible que s'il n'existe qu'une très petite lame d'ascite.

- Traitement : 4 000 rads étalés sur 3 mois.
- Actuellement, bon état général.

I - RESIDU VESICAL A L'U.I.V

Observation n° 77 : Malade de 76 ans - Parité : 1

- Signes fonctionnels : hématurie
- Urographie Intra-veineuse : Résidu vésical 200 à 300 cc.

A - Examen gynécologique :

Inspection vulvite atrophique

I.V : Utérus involué.

Pas de prolapsus

Colposcope : Col sain
mycose

B - Examen complémentaire :

Cystoscopie (dans le service d'urologie) :
vessie tapissée d'un enduit blanchâtre.

Diagnostic : candidose urinaire.

Traitement : antifongique per os et voie locale (vaginale).

J - FISTULE RECTO-VAGINALE

Observation n° 78 : Malade de 82 ans - Parité : 0

. Antécédents gynécologiques :

1957 : néoplasme utérin.

Traitement rectovaginale (radio-
nécrose) : dérivation par anus ili-
aque G.

A - Examen gynécologique :

I.V : Col atrophique.

Persistance d'une fistule.

Traitement : aucun

K - NODULE DU SEIN + ADENOPATHIE AXILLAIRE

Observation n° 79 : Malade de 83 ans - Parité : 1

. Antécédents gynécologiques : R.A.S

A - Examen gynécologique :

- Petit nodule sous le mamelon droit.

Pas d'adhérences aux plans profonds ni aux plans superficiels.

- Adénopathie axillaire gauche d'apparition récente.

- R.A.S dans le sein gauche.

Mammographie dans le service central de radiologie :

sous le mamelon droit, nodule cercé d'un halot clair du volume d'une noisette.

Pas de signe de malignité.

Traitement : Surveillance.

CHAPITRE VII

LA THERAPEUTIQUE GYNECOLOGIQUE CHEZ LE VIEILLARD

I - TRAITEMENT MEDICAL :

Il comprend essentiellement :

1 - Une désinfection :

Toilette externe avec : Dakin, Bétadine, Merfène, violet de gentiane ...

2 - Le traitement spécifique de la cause des leucorrhées :

a - Trichomonas :-traitement local ; comprimés de :

Tergynan, ovules de Flagyl,

-Associé au traitement par voie buccale :

Flagyl, Naxogyn...

b - Mycose : *Mycostatine et dérivés localement et per os.*

c - Autres germes infectieux : *ovules de Terramycine.*

3 - Et surtout, il pose le problème de l'oestrogénothérapie :

- Par voie locale : *colpotrophine (oestrogène liée), Trophigyl.*

- Par voie générale sous forme d'oestrogènes équins :

Equigyne, Prémarin, d'Oestrodiol Retard.....

- Parfois, association à d'autres hormones : *Triestine.*

Ces traitements sont donnés à titre trophique et métabolique ; Ils sont prescrits après élimination de tout néoplasme latent dans les cas.

Quant au pessaire, il peut être utile mais sous surveillance et nettoyage fréquent, et en l'absence de toute lésion précancéreuse quand toute chirurgie est impossible. Les thérapeutiques antimitotiques seront envisagées avec le chapitre de la Radiothérapie.

II - PROBLEMES POSES PAR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Tout a été dit, et fort bien dit par d'autres auteurs sur la chirurgie du vieillard, et particulièrement la chirurgie gynécologique.

Il paraît fastidieux de développer les modifications organiques et fonctionnelles dues au vieillissement.

Les modifications hémodynamiques et respiratoires, les troubles des métabolismes et de la fonction rénale, sont évidemment très importants.

La sclérose tissulaire avec la fragilité et l'éventuelle lenteur de cicatrisation doit être prise en compte.

L'expérience que nous avons de la chirurgie gériatrique dans le service est relativement récente et peu étendue. A la lumière de cette expérience, quelques notions se dégagent déjà clairement :

1 - Le parallélisme entre l'âge et le vieillissement n'est pas du tout obligatoire. On rencontre aussi bien des sexagénaires très vieilles que des octogénaires ingambes.

2 - Dans cette appréciation du vieillissement, l'appréciation des fonctions intellectuelles (intérêt pour le monde extérieur, volonté, gaïté) ont presque autant d'importance que le bilan fonctionnel somatique.

3 - L'indication opératoire doit être mûrement réfléchie et posée uniquement en fonction du bénéfice réel que le geste est susceptible d'apporter. Nous pensons par exemple à un énorme prolapsus qui faisait d'une nonagénaire vigoureuse une grabataire. L'intervention l'a rendue à la vie ambulatoire. Le risque était alors moindre que la simple prolongation du décubitus.

4 - Dans le fonctionnement actuel du service, cette indication opératoire ne peut être posée qu'avec le consentement du Gériatre, de Gynécologue et de l'Anesthésiste Réanimateur.

Dans ce triumvirat, le Gynécologue peut proposer le geste. Mais seuls, les deux médicaux sont en mesure de l'autoriser.

5 - Le geste chirurgical doit être le plus simple possible chez ces femmes dont les ligaments pelviens sont souvent lâches, la voie d'abord vaginale paraît peu traumatisante.

6 - Les suites opératoires et particulièrement la mobilisation, doivent être dirigées avec une autorité chaleureuse mais vigoureuse. Le lever précoce, avec déambulation réelle, paraît indispensable pour la récupération rapide de la validité et la prévention efficace des complications thrombo-emboliques chez ces femmes dont la fragilité vasculaire cérébrale contraindique les anticoagulants.

7 - En fin, la santé psychique et donc physique des personnes âgées est très étroitement liée à la conservation de leurs habitudes. Le séjour hospitalier et son dépaysement créent un traumatisme aussi redoutable parfois que l'intervention elle-même.

De ce point de vue, la collaboration avec le service de Gériatrie de la CHARITE a constitué un appoint capital.

Les malades ont pu être replacées dans leur milieu habituel avec une très grande rapidité puisqu'elles y trouvaient la surveillance médicale et para-médicale nécessaires.

III - L'ANESTHESIE CHEZ LE VIEILLARD

Il convient de rappeler un certain nombre de données physiopathologiques qui vont avoir des conséquences sur l'anesthésie et la réanimation du vieillard.

Le vieillard présente un déficit qualitatif et quantitatif de tous ses fonctions : psychiques, cardiovasculaires, respiratoires, rénales et métaboliques, ce qui va exiger une grande prudence dans la prescription des drogues anesthésiques.

Certains points sont particulièrement inquiétants et méritent d'être développés. Le vieillard est :

- Hypovolémique, mais très sensible à la surcharge hydrique car ces fonctions cardiovasculaires sont défaillantes ;
- Dénutri, et polycarencé, ce qui explique sa grande sensibilité aux grandes drogues anesthésiques et aux infections qui sont la conséquence de la réanimation ;
- Polytaré, ce qui augmente le risque opératoire.

Le psychisme subit lui aussi des transformations complexes. Il y a une réduction de l'intérêt porté au monde extérieur, avec, parallèlement un intérêt accru pour son monde intérieur. Le vieillard n'est plus

adapté qu'à un cercle rétréci, dont il se sent totalement dépendant et s'adapte très mal aux changements de milieu.

A ceci, peuvent s'ajouter une perte du sens de l'initiative et une exacerbation des tendances conservatrices.

Enfin, en règle générale, les vieillards sont très émotifs, ce qui aggrave les conséquences de n'importe quel stress psycho-affectif. L'angoisse pré-opératoire devient très importante car l'idée de la mort est là, derrière la porte de la salle d'opération. Il faudra donc prendre un maximum de précautions pour diminuer cette angoisse.

1 - Un bilan pré-opératoire soigneux est donc toujours nécessaire. Il conviendra de pratiquer :

- Un interrogatoire précis à la recherche des antécédents médicaux et chirurgicaux, ainsi que des drogues très fréquemment absorbés par ces sujets. (Diurétiques, antihypertenseurs, cardiotoniques, sédatifs et anti-dépresseurs).

- Un examen clinique complet.

- Enfin, un minimum d'examens complémentaires comprenant : radiographie pulmonaire, E.C.G., bilan biologique (iono-sanguin, créatinine, groupage, N.F), bilan de coagulation.

2 - La réanimation pré-opératoire visera :

- A la suppression des médicaments pouvant interférer avec les drogues anesthésiques I.M.A.O.=Arrêt 3 semaines (en fait très peu utilisés chez les vieillards ; Béta-bloquants = arrêt 48 heures, Anti-coagulants : Héparine = arrêt 4 heures, Anti-vitamine K = arrêt 12 à 72 heures, calciparine = arrêt 6 heures, en sachant que la fraction P.P.S.B peut rendre de grands services en urgences.

- A la substitution des drogues per os par des produits injectables si une fenêtre thérapeutique ne peut être tolérée quelques heures.

La prémédication pratiquée une heure avant l'intervention par voie I.M comprendra :

- Un vagolytique : atropine 1/4 mg, la Scopolamine sera évitée en raison du risque de désorientation.

- Un neuroleptique doux : hydroxyne 1 amp. (ATARAX).

3 - L'installation de ces vieillards pose plusieurs problèmes :

- L'arthrose gêne la mise en place du malade en position gynécologique périnéale.

- La dénutrition rend les points d'appui douloureux et favorise la compressions des troncs nerveux périphériques.

- Enfin, la posture en chirurgie gynécologique (Trendelenbourg et position gynécologique) a des conséquences respiratoires, (amputation des champs pulmonaires) et cardio-vasculaires (collapsus, O.A.P) néfastes.

4 - L'anesthésie sera choisie en fonction du bilan pré-opératoire et pourra être :

- Une anesthésie loco-régionale : rachi-anesthésie hypobare anesthésie péridurale continue en sachant que ces méthodes, qui représentent certains avantages (conservation de la conscience, reprise rapide du transit) sont parfois difficiles à réaliser chez un sujet à colonne vertébrale arthrosique et ne sont pas dépourvues d'incidents (collapsus, infections).

- Une anesthésie générale qui pourra être de plusieurs types :
. narcose simple pour un geste opératoire de très courte durée. Les produits utilisés sont : *Thiopental* (*Nesdonal*), *Alfathésine*, *Propanidide* (*Epontol*), *Kétamine* (*Kétalar*). Ils peuvent être utilisés en injections intra-veineuses directes ou en perfusions lentes.

. narcose-neuroleptanalgie, associant :

- un narcotique qui peut être un de ceux précédemment cités.

- un neuroleptique qui est habituellement le *Déhydrobenzoperidol* (*Droleptan*) et qui doit être utilisé à faible dose en raison de ses risques d'hypotension.

- un analgésique central qui pourra être au choix : *Dextromoramide* (*palfium*), *Phénopéridine*. Le *Fentanyl*, trop bradycardisant devra être proscrit.

. neuroleptanalgie. Le classique "*Dipdol*" des anciens auteurs, ne doit plus être aujourd'hui utilisé.

L'intubation oro-trachéale sous anesthésie locale est souhaitable en raison de la difficulté d'assurer une bonne liberté des voies

aériennes supérieures chez ces malades décharnés et édentés. La ventilation assistée (manuelle ou instrumentale) étant souvent nécessaire, étant donné les difficultés respiratoires liées à la position de ces malades.

La curarisation non indispensable chez ces vieillards et pour ce type d'intervention pourra être pratiquée avec prudence, en raison de la pauvreté de la masse musculaire.

Un problème aigu se pose à l'anesthésiste : c'est celui de la voie d'abord veineuse. Les veines de ces sujets sont rares et fragiles ce qui oblige parfois à l'utilisation d'un tronc veineux central (Veine sous-clavière, jugulaire interne).

5 - La réanimation per-opératoire varie suivant le type d'intervention :

- nulle en cas de geste de courte durée.
- substitutive en cas d'hystérectomie par voie basse et hémorragique.

Le réveil devra être aussi rapide que possible et la surveillance post-opératoire immédiate portera sur : conscience, pouls, T.A, diurèse.

6 - La réanimation post-opératoire visera à apporter les besoins hydrique, électrolytique, et calorique suffisants en sachant qu'une hyperalimentation parentérale souhaitable chez ces vieillards nécessite une infrastructure hospitalière correcte et n'est pas dénuée de risques (déshydratation, infection, diarrhée).

L'alimentation par voie orale sera commencée le plus rapidement possible, dès la reprise du transit. La sonde urinaire si elle a été nécessaire et les divers catheters veineux seront enlevés.

Un lever précoce ainsi qu'une kinésithérapie musculaire sont souhaitables, en raison du risque thrombo-embolique de cette chirurgie pelvienne. Les anticoagulants sous forme d'héparinate de calcium (Calciparine) pourront être prescrits dès le soir de l'intervention afin d'obtenir une normocoagulabilité.

7 - Les complications post-opératoires et la manière de mourir du vieillard opéré sont bien connues. On retiendra :

a - Les complications pulmonaires : une hypoventilation peut apparaître secondairement soit liée à la douleur de la cicatrice, soit à l'administration intempestive d'analgésiques ou de calmants, soit à la dis-

tension des anses intestinales avant la reprise du transit. Il faudra faire un choix judicieux des analgésiques et ne pas hésiter à placer une sonde d'aspiration gastrique.

On peut voir également : encombrement bronchique, atelectasie, broncho-pneumonie, O.A.P..

De toute façon, la prévention de ces complications nécessite une kinésithérapie afin de faire tousser, cracher et respirer amplement le malade, aérosols, bronchodilatateurs, corticoïdes, antibiotiques. Le lever précoce joue un rôle prépondérant.

B - Les complications cardio-vasculaires : on peut voir :

- . défaillance cardiaque,
- . collapsus,
- . hémiplegie à la suite d'accidents vasculaires cérébraux.

C - Les complications thrombo-emboliques :

Il faut pallier la stase circulatoire périphérique par la surélévation des M.I, la mobilisation et naturellement le lever précoce lorsqu'il est possible.

Un certain nombre de médicaments peuvent être utiles : c'est le cas de l'hydergine, des anti-inflammatoires (tandénil-phénylbutazone), dextran de poids moléculaire élevé, mais surtout des anticoagulants.

D - Les complications liées au décubitus sont représentées principalement par les escarres.

On n'insistera jamais assez sur la nécessité d'un nursing soigneux, le matelas alternatif n'est pas toujours suffisant. La seule prévention ici est encore le lever précoce.

E - Les complications infectieuses :

L'opéré âgé paie un lourd tribut à l'hospitalisme infectieux de formes très variables : abcès de paroi, septicémie.

F - Autres complications :

- les complications liées à la dénutrition : retard de cicatrisation, fistules digestives, désunion de suture.
- la généralisation d'un processus néoplasique.

Enfin, l'épuisement sénile post-opératoire souvent couplé aux complications de décubitus et pouvant se manifester sous forme d'une agitation aigue post-opératoire. La réinsertion rapide de ces malades dans leur milieu habituel rend les suites post-opératoires plus simples. Il faut

savoir confier rapidement ces malades aux gérontologues.

Ainsi se présentent les problèmes posés par la chirurgie chez le vieillard. Les techniques seront d'autant plus inoffensives et efficaces que l'anesthésie aura la main légère et qu'il saura employer ses différentes drogues à bon escient. Une collaboration parfaite entre l'anesthésiste, le chirurgien et le gérontologue est indispensable.

IV - LA RADIOTHERAPIE EN CANCEROLOGIE CHEZ LES PERSONNES AGEES

Les impératifs thérapeutiques par l'irradiation restent les même que pour les sujets jeunes, les contrindications chirurgicales étant plus fréquentes, les indications de la radiothérapie, en principe moins agressive que la chirurgie, s'en trouvent plus nombreuses, proportionnellement.

La thérapeutique par l'irradiation a soit un but curatif, soit un but palliatif.

1 - Dans la radiothérapie curative, il faut arriver à délivrer une dose tumorale satisfaisante, grossièrement 6 000 rads dans l'ensemble des cas. Il est souhaitable d'augmenter la durée d'irradiation sur deux mois et de prévoir des pauses thérapeutiques vers le milieu du traitement notamment, où les réactions à l'irradiation sont plus importantes.

La surveillance hématologique cutanée et muqueuse permettra d'éviter les accidents ; la tolérance générale est souvent moins bonne que chez les sujets jeunes, ainsi que la tolérance aux médicaments radio-protecteurs, telles que les vitamines B et les Acides Aminés.

Par ces traitements au long cours, autour de deux mois, si l'hospitalisation serait souhaitable sur le plan général, elle risque de déclencher une désorientation ou d'aggraver une désorientation ; il faut donc la réduire au minimum.

a - Dans le cas de l'irradiation pelvienne, le risque le plus important est l'apparition de troubles intestinaux, de type de douleurs abdominales avec diarrhée ; il faut s'assurer en général qu'il n'y ait pas de sigmoïdite diverticul tre très fréquente à cet âge, qui peut entraîner une intolérance complète à l'irradiation pelvienne. Si un épisode diarrhéique se déclenche, il faudra interrompre temporairement l'irradiation, tant que le transit ne sera pas redevenu normal, puis celle-ci devrait être reprise à dose plus douce ; en général, la dose tolérable par le pelvis se trouve par cobalt, autour de 5 500 rads.

b - L'irradiation curative par curiethérapie dans les cancers du col et du corps utérin, est en général très bien tolérée, le seul problème est qu'elle nécessite un alitement pendant environ 4 jours, qui peut entraîner des broncho-pneumopathies de décubitus, des troubles circulatoires et quelques troubles urinaires. L'interruption du transit intestinal pendant 4 jours est en général assez bien tolérée. Lorsqu'on a le choix entre une thérapeutique par curiethérapie et thérapeutique par irradiation externe, il est hautement souhaitable de préférer celle-ci.

Dans l'indication, on peut être plus large étant donné que l'évolution de métastases microscopiques ganglionnaires est moins dangereuse sur la durée de vie, que pour un sujet jeune.

c - Les cancers ano-rectaux chez les personnes âgées où une amputation abdomino-périnéale n'est pas souhaitable, justifient un traitement par radiations, associant cobalt par voies externes et radiothérapie de contact, curiethérapie interstitielle, là aussi le risque chirurgical doit être pesé et permet d'accepter des cas limites sur le plan radiothérapique, en tenant compte de l'espérance de vie.

2 - Pour la radiothérapie palliative, les doses tout en restant efficaces doivent éviter toutes complications si minimales soient-elles, sur le plan général, local et surtout éviter les troubles digestifs.

Dans les cancers pelviens, il peut s'agir d'une évolution locale douloureuse ou hémorragique, en dehors d'une possibilité curatrice ou de métastase à distance.

3 - Dans les deux cas, il faut savoir se contenter de doses réduites par exemple deux séances de 800 rads ou quatre séances de 330 rads. Les traitements sont en général très bien tolérés, suffisamment efficaces, pouvant être répétés une fois. Les précautions seront les mêmes dans la radiothérapie externe curatrice ou palliative et notamment il faudra faire très attention à l'infection urinaire qui peut être la source de cystite radique et à la sigmoïdite diverticulaire dont il a déjà été parlée.

V - LA CHIMIOTHERAPIE ANTIMITOTIQUE ET HORMONALE CHEZ LES PERSONNES AGEES

La règle classique est qu'il ne faut pas faire de chimiothérapie au-delà de 70 ans. Mais d'une part, il n'est pas réaliste de se priver d'un moyen thérapeutique dont l'efficacité sur le plan palliatif n'est plus à démontrer, d'autre part, la tolérance de la chimiothérapie chez les personnes âgées est satisfaisante, si bien sûr les règles de bilans pré-thérapeutiques et de surveillance sont très strictes, que les drogues choisies ne

ne le soient non seulement en fonction de leur efficacité sur le type de tumeur, mais aussi de leur tolérance par l'organisme.

1 - Le bilan pré-thérapeutique qui devrait d'ailleurs être renouvelé régulièrement en cours de chimiothérapie, comprend un examen cardiaque avec électro-cardiogramme, un examen vasculaire, recherche d'hypertension, d'artérite, un examen cérébral à la recherche de déficience psychique, un bilan pulmonaire, un bilan rénal, azotémie, créatinine et bien sûr un examen sanguin ; la fonction hépatique peut être appréciée en fonction du taux de prothrombine. Une bonne élimination rénale est sûrement un facteur important de la tolérance à la chimiothérapie.

2 - Choix des drogues ; il y a des drogues qui sont sûrement plus dangereuses chez les personnes âgées : Bléomycine, risques pulmonaires, cérébraux et cutanés, la dose ne doit pas dépasser 7,5 mg. par injection et la dose maximum tolérable est entre 150 et 200 mg. La Bléomycine est notamment utile dans les cancers vulvaires, en associant avec l'irradiation le Méthotrexate, qui présente une toxicité rénale importante, doit être manié avec précaution, l'Adriamycine doit être pratiquement éliminée vue sa grande toxicité cardiaque, l'Oncovin, le Velbé, le VM.26 sont assez bien tolérés, le 5 Fluoro-Uracile est en général bien toléré, de même que l'Endoxan.

3 - Le rythme : la chimiothérapie continue est en général très toxique sur le plan hématologique, entraînant une anémie souvent difficilement supportée, aussi il est préférable de faire des cures séquentielles, avec un espacement légèrement plus important que chez les sujets de moins de 75 ans et des doses ramenées à la moitié ou au 2/3 des doses usuelles.

Ces deux facteurs permettent d'éviter les chutes importantes sur le plan globulaire ; d'autre part, de réduire au maximum l'effet immunodépresseur, qui chez les personnes âgées, est assez redoutable, favorisant les infections microbiennes et virales.

4 - Les indications : la chimiothérapie antimitotique est active dans les cancers pelviens, sur le plan palliatif, lorsque la chirurgie l'irradiation ne sont plus de mise et il peut y avoir une association radiothérapie palliative et chimiothérapie antimitotique, permettant la réduction des compressions nerveuses vasculaires urétérales fréquentes dans les cancers

pelviens évolués, que ce soit du rectum, de l'utérus, de la vessie.

Une classe à part doit être faite pour le cancer vulvaire, qui peut relever d'une association Bléomycine, Radiothérapie ou Cobaltothérapie.

Elle peut aussi être active dans les métastases surtout pulmonaires, hépatiques, des cancers génito-pelviens.

5 - La chimiothérapie hormonale dans les cancers pelviens :

Nous ne parlerons pas des oestrogènes et androgènes, qui sont surtout utilisés dans le sein, mais de la progestérone qui est parfois très active dans le cancer de l'endomètre et la tolérance vasculaire et hépatique souvent médiocre : il faudra là aussi faire un bilan pré-thérapeutique cardio-vasculaire et hépatique. Il faut parler aussi des dérivés cortisoniques qu'il faut manier avec prudence, ce sont d'excellents désinfiltrants des cancers, qui bien souvent, permettent de remonter l'état général, le tonus psychique en outre, mais qui ont des inconvénients digestifs, immuno-suppresseurs, cérébraux, ils doivent aussi nécessiter surveillance et respect de la posologie.

Les anabolisants protidiques à dose douce sont bien tolérés en général par les personnes âgées ; ils permettent une meilleure tolérance de la chimiothérapie antimitotique ; ils doivent être utilisés tout en surveillant bien sûr les réactions notamment hypertensives.

C O N C L U S I O N S

Les buts de ce travail ont été multiples :

1 - De montrer la nécessité d'introduire des consultations spécialisées dans le cadre de la transformation d'un hospice en service de soins pour personnes âgées ;

2 - D'insister sur le fait que le besoin d'examens gynécologiques est réel, mais qu'il est souvent masqué ou minoré pour des raisons diverses :

. Pudeur des malades, désintéressement du personnel médical et paramédical pour des troubles considérés comme physiologiques, négligence, difficulté à obtenir des examens en raison des problèmes de maintenance des malades : état grabataire, intempéries, distance, attente aux consultations.

3 - De prouver qu'à peu de frais, avec des conditions techniques assez simples (spéculums appropriés, table d'examen modifiée), mais surtout avec l'aide et l'assistance du personnel médical et para-médical du service de la malade, on peut réaliser une consultation de dépistage, de diagnostic et de tri acceptable tant pour le service de Gynécologie et d'Obstétrique que pour le confort physique et psychologique des malades âgées.

4 - Surtout d'obtenir des résultats pratiques intéressants faisant ressortir :

a - Dans le cadre des examens systématiques: outre la grande fréquence de l'atrophie banale (29%), les vaginites représentent 22,5% des troubles latents mais qu'en plus 11,75% des consultantes avaient une lésion :

. bénigne : 9%,

. maligne : 3%

découverte grâce à cet examen.

Au total, 85,3% ont bénéficié d'un traitement adéquat, soit 29 femmes sur 34.

b- Dans le cadre des examens motivés, cette consultation a permis d'orienter les diagnostics soit vers la sphère gynécologique soit vers d'autres spécialités.

Il en ressort :

- que les métrorragies représentent 28,8%,

les leucorrhées représentent 22,2%.

soit 51% au total.

Mais il y a eu deux suspicions cliniques de néoplasmes infirmées par les bilans (observations 41 et 44), aucun néoplasme n'a été trouvé pour ces deux symptomatologies isolées.

- les prolapsus : 11,1% n'ont trouvé qu'une fois indication chirurgicale bénéfique, le pessaire surveillé ramenant un confort correct.

- les masses de l'abdomen et au T.V (5 cas soit 11%) ont montré dans 4 cas des suspicions de néoplasme pelvien dont 2 confirmés (néoplasme du caecum et néoplasme du col).

- Il n'y a pas eu de consultation pour néoplasme du sein, mais ces malades sont directement orientées sans passer par la consultation de Gynécologie.

5 - Enfin, ce travail rappelle la nécessité d'une chirurgie prudente, bien motivée, parfois limitée, dépendant essentiellement des possibilités anesthésiques et de réanimation.

On insiste encore sur les limites étroites de la radiothérapie et de la chimiothérapie tant l'équilibre de ces malades est fragile.

A cet âge, comme aux autres périodes de la vie, le dépistage précoce reste le grand but de cet essai de consultation gynécologique.

Le Président de la thèse,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Lyon, le 9 MAI 1977

Le Président de l'Université
Claude Bernard

Professeur D. GERMAIN

le Directeur de l'U.E.R.
de MEDECINE,

C. CABAL



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - BADIB Ahme MD, KUROHARA Samuel S, MD, PH.D, WEBSTER John H, MD, C. M
Radiothérapie of Carcinoma of the uterine cervix in the aged.
Geriatrics, Janv. 1970, p. 108.
- 2 - BASDEVANT A, MANDELBAUM J.
La Ménopause
Rev. Méd. 1977, 9, pp. 429-433.
- 3 - BERTHAUX P.
Le vieillissement normal et pathologique.
Revue prat. 1972, 22, 2 pp. 151-153.
- 4 - BRADFORD WZ.
Rôle du gynécologue dans le domaine en expression de la Gériatrie.
Am. J. Obstét. Gynécol, Sept 1964, 90, n°1 pp. 1-6.
- 5 - Centre de Jour (Le) de St Etienne
Eléments de la politique Sanitaire pour les personnes âgées in :
Bulletin de liaison du comité départemental d'information aux personnes âgées.
Janv. 1976, n° 5, pp. 5-6.
- 6 - DALMAS H.
Prolapsus de la femme âgée.
Revue prat., 1971, 21, 12, pp. 1969-1974.
- 7 - DELOMIER Y., BRISSARD A., MOREAU Cl.,
"Une équipe de la Charité parle de la rénovation de cet hospice"
10ème journée régionale de gérontologie sociale.
St Etienne, 26 oct. 1973, pp. 9-13.
- 8 - DELOMIER Y. BRISSARD A. et SAUVINET MA.,
Ergothérapie et animation en hospice.
Rev. Epidem., Méd. Soc. et Santé Publ.
1971, Tome 19, n° 5, pp. 457-476.

- 9 - DELOMIER Y., NOVEL E.
Réflexions sur les fonctions thérapeutiques des infirmières, en hospice de vieillards.
Gérontologie, 1975, n° 18, pp. 37-39
- 10 - DE TOURRIS H., DE LIGNIERES B., BRUN P., ROBERT H.G.,
Problèmes gynécologiques de la femme âgée.
Rev. Géront. expr. Française, Nov. 1974, n° 5, pp. 5-42.
- 11 - ERNST J.P (d')
Gynécologie du 3ème âge.
Praxis, 11 Avril 1963, 52, n° 15, pp. 454-456.
- 12 - GAUTHIER P. et DESMONS F.,
Le syndrome d'involution utérine post-ménopausique.
Rev. Franç. gynéco., 1972, 67, pp. 371-378.
- 13 - GEISLER Hans E, MD, and GIBBS Charles P, MD.
Early diagnosis of endométrial carcinoma.
Gériatrics digest, Mars 1965, p. 200.
- 14 - HORDER Elizabeth, London England.
The management of the elderly patient.
Gériatrics, Mars 1965, pp. 254-260.
- 15 - HUGONOT R.
Les grandes lignes de la Gérontologie sociale Française,
Informations professionnelles et médico-sociales de la
rev. du prat. Janv, 1972, n° 2, pp. 1-4.
- 16 - Infirmières en gériatrie.
Un groupe de travail, hôpital de la Charité.
in : gestion hospitalière - Février Mars 1975,
n° 143-144, pp. 179-182.

- 17 - JAMPOLSKI O.,
L'hyperinvolution génitale de la post-ménopause.
Rev. Franç. Gériologie, Juin 1959, 5, pp. 207-213.

- 18 - KOPERA H.,
Vieillissement et oestrogènes.
Frontières de la Recherche Hormonale 1973.
Edit. Karger (Bâle), pp. 125-141.

- 19 - KOSS Léopold G., MD.
The Cystological diagnosis of cancer.
Gériatrics, October 1964, p. 745.

- 20 - KYANK H.,
Die hormonal Umstelling imklimakterium und die Frage des
Hormontherapie in der Post-ménopause.
L. Alternsforsch 1971, 23, pp. 311-321.

- 21 - LEDERMAIR O.,
Les affections gynécologiques chez la femme âgée.
Wien. med. Wschr, 23 Juin 1962, 112, n° 25-26, pp. 511-514.

- 22 - LEVY J., MELCHIOR J.,
Chirurgie gynécologique de la femme âgée.
Rev. Franç. Gynéc. 1972, 67, 2-3, pp. 147-152.

- 23 - MATHE G; et KENIS Y.
La chimiothérapie des cancers.
Expansion scientifique, 3ème édition 1975, 523 p..

- 24 - MONOD P., BROCA,
La chirurgie du vieillard.
Les cahiers Baillière.
Editeur J.B Baillière et fils. 96p.

- 25 - Nguyen A.,
Les métrorragies post-ménopausiques. Etude statistique à propos
de 470 cas.
Thèse med., Lyon, 1959, n° 8.
- 26 - NOER T.
The histology of the senile endometrium.
Acta. path. microbiol. Scand. 51, pp. 193-205.
- 27 - PAGE E-N.,
Gynécologie en gériatrie.
Amer. J. obstét. Gynéc. 1er Juin 1966, 95, n° 3, pp. 350-354.
- 28 - PALDI Eitan, MD, PEREITZ Aron, MD, PASCAL Bruno, MD.
Gynecologic surgery in geriatrics patients.
Geriatrics, July 1966, pp. 131-136.
- 29 - PEQUIGNOT H. et PASQUIER F.,
Les problèmes gynécologiques de la femme âgée.
Concours médical, 20 Janv. 1968, 90, n° 3, pp. 449-458.
- 30 - PROCOPE B. et ADLERCREUTZ H.,
Vieillissement et oestrogènes. Frontières de la recherche
hormonale. 1973.
Edit. Karger (BÂLE) pp. 58-78.
- 31 - RIFFAT , DELOMIER Y.,
Enquête sociale et médicale sur les maladies de l'hospice.
Rev. Lyon Med. 1961, 10, 3, pp. 141-145.
- 32 - RIFFAT G., VIGNAT J.P.C.,
Problèmes de pathologie somatique posés par le vieillard.
Rev. Hyg. et Med. soc. Sept. 1968, 16, n°6, pp. 515-528.

- 33 - ROZENBAUM H.,
La Ménopause.
"Les documents Merell Torande" 1971, 153 p.
- 34 - SOFERMAN N., GLICK I et HORENSTEIN I.
Contribution à la clinique gériatrique.
Rev. Franç. gynéc. 1972, 67, 2-3, pp. 153-155.
- 35 - SONKIN, COUDEYRAS M. et BLONDON J.,
Traitement des cancers génitaux par la polychimiothérapie.
Contribution à leur étude.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1972, 1, 1, pp. 61-62.
- 36 - UFER J.,
Hormonothérapie en gynécologie. Principes et application pratique.
4ème édition (1973) 169p.
- 37 - VIGNALOU J. et BECK H.,
Etat actuel et perspective de la gériatrie en France.
Rev. prat. 11 Janv. 1972, 22, 2, pp. 137-148.
- 38 - VIGNAT J.P.C.,
Le Vieillard, l'Hospice et la Mort.
Thèse méd., Lyon, 1966, n° 41.
- 39 - VIGNERON Nicole.
Chirurgie gynécologique de la femme âgée.
Thèse méd., Paris St Antoine, 1971, n° 83.
- 40 - WEBSTER John H.,
Radiothérapie of malignant disease in the aging.
Geriatrics, May 1968, p. 117.
- 41 - WEED, SCHNEIDER G.,
Gynecologic malignant disease in geriatric patients.
Geriatrics, December 1967, pp. 126-132.

42 - WOLFF J.R.,

Geriatric Gynecology.

Clin. Med., 1959, 612, pp. 245-253.

Abstr. : Excerpta Medica 3 (Sect. 20) n° 329 (1960)

